

Palin Parent-Child Interaction therapy

*Logopeders erfaringer med
foreldresamarbeidet ved bruk av «Palin
Parent-Child Interaction therapy»*

Tommy Olsen



Masteroppgave i spesialpedagogikk
Institutt for spesialpedagogikk
Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2014

«Palin Parent-Child Interaction therapy»

En kvalitativ studie av logopeders erfaringer med foreldresamarbeidet ved bruk av behandlingsprogrammet «Palin Parent-Child Interaction therapy» for førskolebarn som stammer.

© Tommy Olsen

2014

Palin Parent-Child Interaction therapy

Tommy Olsen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Tittel

Palin Parent-Child Interaction therapy

Undertittel: Logopeders erfaringer med foreldresamarbeidet ved bruk av «Palin Parent-Child Interaction therapy»

Problemstilling

Hvilke erfaringer har svenske logopeder med foreldresamarbeidet i behandlingsprogrammet «Palin Parent-Child Interaction therapy»?

Underproblemstillinger:

1. Hvilke vurderinger ligger til grunn for å velge PCI som behandlingsprogram for en familie?
2. Hva tenker den enkelte logoped rundt behandlingsprogrammets effekt?

Metode

Det er benyttet en kvalitativ tilnærming for å besvare oppgavens problemstilling. En slik tilnærming åpner for «rik» og «fyldig» informasjon (de Vaus, 2002). Et hovedmål for en kvalitativ tilnærming er å utvikle forståelsen av fenomener i personers liv (Dalen, 2011). Dette har vært en hensiktsmessig tilnærming da jeg ønsker å utvikle en forståelse av hvordan logopeder opplever samarbeidet med foreldrene, ved bruk av «Palin Parent-Child Interaction therapy». Som metode har jeg valgt å bruke semistrukturert intervju. Intervjuene har vært oppsøkende ved at jeg har truffet informantene på sine respektive arbeidsplasser. Det ble gjort lydopptak som senere ble transkribert og importert, kodet og kategorisert i NVivo. Oppgaven har en fenomenologisk tilnærming til datamaterialet ettersom det tas sikte på å få tak i personers subjektive opplevelser av et fenomen. Analysen er imidlertid inspirert av Grounded Theory, men min førforståelse har påvirket utarbeidingen av flere kategorier. Utvalget er primært kriteriebasert og bestående av 5 svenske, PCI sertifiserte logopeder. Prosjektet har vært meldepliktig til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og ble godkjent 19.12.2013.

Resultater og drøfting

Informantene opplever at «Palin Parent-Child Interaction therapy» (PCI) strukturerer den indirekte behandlingen. Det oppleves også positivt at ansvaret for behandlingen legges på foreldrene, fremfor barnet. Dette innebærer en ansvarsoverføring fra logoped til foreldre, hvilket kan omtales som «myndiggjøring». Ved konsultasjon vil foreldre til barn som stammer ofte være svært bekymrede. Denne uroen leder nærmest direkte til en sterk motivasjon for å delta i behandlingen. Det pleier derfor ikke å være noe problem å få foreldrene deltakende i behandlingen. Samtlige informanter har positive erfaringer med samarbeidet mellom seg og foreldrene, men det er også noen utfordringer. Selv om egenskaper ved foreldrene som personer, deres livssituasjon eller språklige og kulturelle bakgrunn ikke er utslagsgivende for om man velger å starte en behandling eller ikke, kan de påvirke beslutninger knyttet til når behandlingen skal starte og eventuelle tilpasninger. Eksempler på dette kan være foreldre som har vanskelig for å analysere egen atferd, foreldres jobbsituasjon og eventuelle konflikter mellom dem. Selv om logopeden her kan måtte stille krav om deres deltakelse, må en også være ydmyk for deres livssituasjon. Det er ikke slik at utfordringer ved foreldrenes deltakelse medfører at behandlingen avbrytes. Da vil det heller være aktuelt å tilpasse behandlingen slik at den passer familiens livssituasjon.

Informantene oppgir å bruke behandlingen på barn opp til om lag 4 år, dette til tross for at den teoretisk sett kan anvendes opp til 7 års alder. Det er imidlertid ingen effektstudier av behandlingen som tar for seg barn over 4,11 år. Om barnet først treffer logoped når det er over 4 år gammelt, kan det være aktuelt å velge en annen behandling fremfor PCI. Et eksempel på en slik behandling er «Lidcombe»-programmet. Valget mellom disse to behandlingsprogrammene vil ofte være basert på barnets alder. For mange barn vil de to behandlingene ofte komplimentere hverandre, da de har ulike målsetninger og effekt. Lidcombe oppleves som mer effektivt når målet er å redusere stammingen drastisk, mens PCI, i tillegg til å redusere barnets stamming, hjelper foreldre bli tryggere til å håndtere sitt barns stamming. Økt kunnskap om stamming påvirker hvordan foreldrene forholder seg til barnets stamming. Dette er omtalt som foreldrenes förhållningssätt. Et mer flytstøttende förhållningssätt kan påvirke deres interaksjon med sine barn og være mer optimalisert for taleflyt. Slik styrkes foreldrenes evne til å håndtere barnets stamming, men økt opplevelse av håndterbarhet krever også at foreldrene kjenner seg trygge i situasjonen.

Forord

Masteroppgaven har vært en lang, tung og lærerik opplevelse. Den har vært et etterlengtet mål allerede fra det første året på Blindern, men jeg sitter med en blandet følelse når den nå er ferdigstilt. Det er godt å ha nådd et mål, men det betyr også avslutningen på 5 begivenhetsrike år på Blindern. Her er jeg dessuten en stor takk skyldig til min gode venn og medstudent Ole Bjørn. Jeg vil også takke Kaja for støtte gjennom studier og oppgaveskriving.

En takk må også rettes til min dyktige veileder Anne-Lise Rygvold, for gode tilbakemeldinger og for å ha utfordret mine valg og synspunkter.

Sist, men ikke minst, ønsker jeg å takke logopedene som sa seg villige til å treffe meg i en hektisk arbeidshverdag. Uten deres vilje til å dele sine erfaringer, ville denne oppgaven vanskelig latt seg gjennomføre.

Oslo, mai 2014

Tommy Olsen

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av problemstilling.....	1
1.2	Disposisjon av oppgaven	2
2	Stamming	3
2.1	Hva mener vi med stamming?	3
2.2	Differensialdiagnoser.....	6
2.3	Stammingens utviklingsforløp.....	7
2.4	Mekanismer i stammeutviklingen	9
2.5	Stamming hos barn i førskolealder	13
2.5.1	The Lidcombe Program for Preschool Children Who Stutter.....	14
2.5.2	Stuttering Prevention and Early Intervention.....	15
2.5.3	Palin Parent-Child Interaction therapy	16
3	Palin Parent-Child Interaction therapy	17
3.1	Teoretisk utgangspunkt, målgruppe og evidens	17
3.2	Oppbygning og behandlingsforløp	18
3.3	Kritikk.....	21
4	Foreldresamarbeid	23
4.1	Logopeden som ekspert eller partner?.....	23
4.2	Hva er et godt samarbeid?	24
4.3	Spesifikke utfordringer i PCI.....	25
5	Metode og forskningsprosess	27
5.1	Forskningstilnærming og metode	27
5.1.1	Det kvalitative forskningsintervjuet	28
5.2	Forskningsprosessen.....	29
5.2.1	Utvalg	29
5.2.2	Intervjuguide	31
5.2.3	Pilotintervjuer.....	32
5.2.4	Gjennomføring av intervjuer.....	33
5.2.5	Organisering og analyse	34
5.3	Reliabilitet og validitet	36
5.4	Etiske refleksjoner	40

6	Presentasjon og drøfting av resultater	42
6.1	PCI som verktøy i stammebehandling	42
6.1.1	Bakgrunn for sertifisering	43
6.1.2	PCI sin plass i stammebehandling.....	44
6.1.3	Vurderinger rundt implementering av PCI.....	49
6.2	En grund att stå på	52
6.2.1	Kunnskap og förhållningssätt.....	52
6.2.2	Å trygge foreldrene	55
6.3	Foreldre som medbehandlere.....	56
6.3.1	Samarbeidet med foreldrene.....	56
6.3.2	Deltakelse	62
6.3.3	Myndiggjøring.....	70
7	Avslutning	72
	Litteraturliste	76
	Vedlegg	83
	Vedlegg 1 – Prosjektgodkjenning	83
	Vedlegg 2 - Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	85
	Vedlegg 3 – Intervjuguide.....	87
	Vedlegg 4 – Nodeliste	90

1 Innledning

Stamming er en taleflytvanske som om lag 1% av en gitt befolkning må leve med daglig. Den vil som oftest starte i barndommen, som regel før barnet begynner på skolen. Med stamming tenker vi vanligvis på lyder som repeteres, forlenges eller sitter fast. Det kan også hende at vi kobler dette til noen personlighetstrekk. Det er imidlertid vanskelig å gi en definisjon på stamming, nettopp fordi stamming handler om så mye mer enn den fysiske atferden vi er vitne til.

Behandling av stamming har ulike mål alt ettersom hvilken alder det er snakk om. For ungdom og voksne vil behandlingen sjelden ha som mål å skulle skape full taleflyt, men å redusere den fysiske atferden, samt øke personens aksept overfor egen stamming. For barn i førskolealder vil stammebehandlingen oftest ha full taleflyt som mål, men også å tidlig forebygge utviklingen av negative psykososiale konsekvenser. Tiltak mot stamming i førskolealder kan foregå som mer enn mindre fastlagte behandlingsprogrammer. De to mest kjente er kanskje «The Lidcombe Program for Preschool Children Who Stutter» (LP) og «Palin Parent-Child Interaction therapy» (PCI).

1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

Bakgrunnen for å skrive min masteroppgave om «Palin Parent-Child Interaction therapy» er min egen sertifisering i dette behandlingsprogrammet. I likhet med «Lidcombe» krever anvendelse av PCI at logopeden er sertifisert. Denne sertifiseringen gis av logopeder ved «The Michael Palin Centre for Stammering Children» (MPC) i London. Jeg ble tidlig klar over at dette er en lite brukt behandling i Norge, men mer benyttet i blant annet Storbritannia og Sverige. Dette er årsaken til at utvalget er bestående av svenske PCI-sertifiserte logopeder. Ideen om å skrive masteroppgave relatert til PCI, dukket opp da jeg selv tok sertifiseringen. Jeg undret meg over hvorvidt dette behandlingsprogrammet kunne brukes i Norge, da med tanke på hvordan rammebetingelser ligger til rette for familienes deltakelse. Ville begge foreldre for eksempel ha mulighet til å være borte fra jobb for å dra til logopeden? Jeg stilte meg altså spørrende til offentlige logopeders mulighet for å tilby PCI, nettopp på grunn av rammebetingelser knyttet til arbeidstid.

Gjennom masteroppgaveseminarer valgte jeg å fokusere på en svært viktig del ved PCI-behandlingen, *foreldresamarbeid*. Jeg vurderte dette til å være selve essensen i PCI-behandlingen og derfor det med størst nytteverdi for norske logopeder som ønsker å benytte behandlingsprogrammet. Ut fra dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har svenske logopeder med foreldresamarbeidet i behandlingsprogrammet «Palin Parent-Child Interaction therapy»?

Som en del av denne problemstillingen er det også formulert to underspørsmål:

1. Hvilke vurderinger ligger til grunn for å velge PCI som behandlingsprogram for en familie?
2. Hva tenker den enkelte logoped rundt behandlingsprogrammets effekt?

Disse underspørsmålene vil bidra til å belyse hovedproblemstillingen, da vurderinger knyttet til valg av behandling og vurdering av effekt kan være relevant for samarbeidet med foreldrene.

1.2 Disposisjon av oppgaven

Oppgavens teoridel består av kapittel 2, 3 og 4. Kapittel 2 tar for seg stamming generelt, men med et særskilt fokus på førskolebarn. Det gjennomgås her stammingens ulike fremtoning, utviklingsforløp og konsekvenser, samt behandlingsdiskurs og behandlingsprogrammer. I kapittel 3 gis en redegjørelse av PCI som behandlingsprogram, mens kapittel 4 er viet temaet «foreldresamarbeid». Kapittel 5 tar for seg forskningsprosessen, metodiske redegjørelser og avveininger. Presentasjon og drøfting av funn vil gjøres i kapittel 6.

2 Stammering

2.1 Hva mener vi med stammering?

Det er normalt å ha små brudd i taleflyten, uten at dette nødvendigvis skal kalles stammering (Guitar, 2014; Starkweather & Givens-Ackerman, 1997; Ward, 2006). Disse ikke-flyts elementene kan for eksempel være nølinger, revideringer, innskytelser og gjentakelser av ord (Ward, 2006). Pausers frekvens og plassering, samt talens rytme, intonasjon og talehastighet kan også påvirke en lytters oppfattelse av taleflyt (Guitar, 2014). For å definere stammering blir man altså nødt til å ta stilling til når normal ikke-flyt går over til å bli en taleflytvanske. Dette virker å være en gråson med faglig uenighet og usikkerhet (Sønsterud, Howells, & Hoff, 2014). Ward (2006) viser til 4 områder som må vurderes. Man må ta stilling til (1) alvorlighetsgrad, for eksempel antall repetisjoner av et ord eller deler av et ord, (2) frekvensen av taleflytbruddene og (3) hvor mye strev og kamp som er assosiert med bruddene. En må også vurdere (4) hvor bruddene opptrer i språklige ytringer. Taleflytbrudd inne i ord, eksempelvis på én stavelse, kan tyde på at vedkommende stammer, i motsetning til om hele ordet hadde blitt gjentatt.

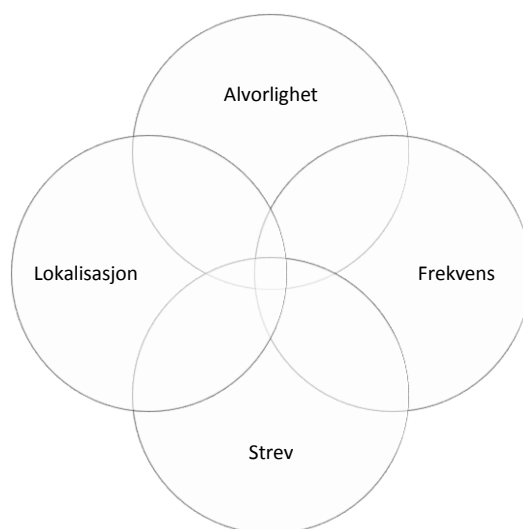


Fig.1. Elementer å vurdere ved diagnostisering (Ward, 2006).

Stammering er å finne i alle kulturer og aldersgrupper, og opptrer på tvers av kjønn og sosioøkonomiske forhold (Guitar, 2014; Kelman & Nicholas, 2008; Van Riper, 1982). Prevalensen i en voksen befolkning ligger på om lag 1% (Packman, Code, & Onslow, 2007).

Blant ungdom og voksne vil kjønnsfordelingen være skjev og ligge på omtrent 5:1 (menn, kvinner), mens den i førskolealder er mer jevn, 1,65:1 (Garsten & Lundström, 2008; Månsson, 2000). Disse tallene er omtrentlige da de kan variere avhengig av alderen på barna i de ulike utvalg. Tendensen er imidlertid at kjønnsforskjellen øker med økende alder, hvilket er bekreftet av Bloodstein (2008). Foruten at prevalensen er høyere blant menn, kan man også se at noen «grupper» mennesker er mer utsatt for å utvikle vedvarende stamming (Ward, 2006). En slik gruppe er eksempelvis mennesker med Downs syndrom (Guitar, 2014). Man bør også være klar over at hva som oppfattes som stamming, kan avhenge av kulturelle forhold (Smith & Kelly, 1997).

I et forsøk på å definere stamming viser Ward (2006) til begrepene «primær stamming» og «sekundær stamming». Taleflytbruddene vi faktisk hører, omtales som den primære stammingen. Disse kan eksempelvis opptre som repetisjoner av lyder eller énstavellesord, forlengelser eller blokkeringer hvor det artikulatoriske apparatet låser seg eller fonasjon opphører. Slike taleflytbrudd omtales også som «kjerneatferd» (Guitar, 2014; Ward, 2006), men også som «ytre stamming» (Ramberg & Samuelsson, 2008). Som reaksjoner på kjernestammingen vil en person kunne utvikle diverse «strategier» for å unngå taleflytbrudd. Disse omtales som den «sekundære stammingen» (Ward, 2006), eller «sekundæratferd» (Guitar, 2014). Guitar (2014) deler dette videre inn i «fluktatferd» og «unngåelsesatferd». Fluktatferd innebærer atferd som hjelper personen med å løsrive seg fra et stammeøyeblikk, for eksempel gjennom å «skyve» ordet ut ved hjelp av kroppslige bevegelser eller ekstra lyder. Unngåelsesatferden baserer seg derimot på å unngå bestemte situasjoner og ord hvor stamming kan skje. Dette kan også kalles «indre stamming» (Ramberg & Samuelsson, 2008). Dette er en like stor del, om ikke en større del, av det som utgjør stamming. En persons følelser og holdninger til stammingen bør også tas høyde for i en definisjon av fenomenet. Negative følelser og holdninger til stammingen vil ofte opptre som en reaksjon, men kan også påvirke den (Guitar, 2014). De vil også være avgjørende for hvorvidt vedkommende opplever «begrensninger» som følge av stammingen (Starkweather & Givens-Ackerman, 1997). Shapiro (2011) viser til at definisjoner kan være *deskriptive* eller *forklarende*. Deskriptive definisjoner vektlegger hva en person gjør når han eller hun stammer. Forklarende definisjoner legger derimot vekt på årsaken/e til fenomenet. De to definisjonene kan også kombineres (Shapiro, 2011).

Mye tyder på at individer kan ha en form for genetisk predisposisjon for å utvikle taleflytvansker, altså at de har visse «sårbarheter» (Guitar, 2014; Ward, 2006). Det er derimot

vanskelig å si noe om hvordan en slik genetisk sårbarhet gjør seg gjeldende. Smith og Kelly (1997) legger vekt på at faktorene som bidrar til stamming er dynamiske og kan eksistere i ulik grad hos ulike personer. De tar også til ordet for at man ikke skal se etter én nøkkelårsak til stamming, men heller samspillet mellom flere faktorer.

”Stamning är en talstörning som kännetecknas av svårigheter att röra sig framåt i talet, när personen vet vad han eller hon vill säga. Störningen uttrycks som: svårigheter att initiere ljud; forlägningar av ljud; repetitioner av ljud; stavelser, ord eller fraser; omformuleringar; pauser, överflödiga ljud eller ord; eller unnvikande tal. I vissa fall är störningen förknippad med onormal muskelspänning eller onormala rörelser, särskilt i hals, mun och ansikte, men även i övriga kroppen. Talstörningen kan vare dold om personen lyckas använda medvetne strategier för att undvika att visse symtom. Det är typiskt för stamning att symtomen försvinner vid sång, körläsning, eller tal i takt med metronom” (Alm, 2005, s. xi).

Definisjonen gitt av Alm (2005) synes å være svært deskriptiv, jf. Shapiro (2011).

Stammingens dynamiske karakter virker imidlertid til å komme frem ved at definisjonen også omfatter bevisste strategier, jf. sekundær stamming. Foruten referansen til at bruken av disse strategiene er et bevisst valg, er det lagt lite vekt på personens følelser og holdninger til stammingen. I en definisjon gitt av «World Health Organization» er derimot et forklarende aspekt vektlagt noe sterkere.”(...) Mindre dysrytmi av denne typen er ganske vanlig som en forbigående fase i tidlig barndom (...)” (*ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*, 1999).

Vanskeligheter med å definere stamming, synes imidlertid ikke å være noe nytt:

”Many very good minds have attempted definitions of stuttering, but the variability among them makes clear that this complex and variable disorder is hard to delimit. Some of its complex behaviors always seem able to evade capture” (Van Riper, 1982, s. 11).

Charles Van Riper, en nestor i stammebehandling, skrev i sin bok «The Nature of Stuttering» fra 1971 følgende om stamming som fenomen:

“Stuttering has been called a riddle. We do not like the term because it implies a pat verbal answer and because it fails to do justice to the complexity of the disorder. Stuttering is more than a riddle. It is at least a complicated, multidimensioned jig-saw puzzle, with many pieces still missing” (Van Riper, 1971, s. 1).

Til tross for at forskningen i dag har kommet vesentlig lengre enn da dette ble skrevet, virker det som at stamming fortsatt fremstår som et puslespill med manglende brikker. Mye tyder på at vi ikke kan anse stamming som et statisk fenomen, men heller som dynamisk og multifaktorisk (Kelman & Nicholas, 2008; Smith & Kelly, 1997).

2.2 Differensialdiagnoser

Det er viktig å være klar over hva man mener med «stamming». Stamming kan ha ulike etiologi og fremtreden. Slik kan den trenge ulike behandlingstilnærminger.

Utviklingsmessig stamming

Utviklingsmessig stamming (eng. developmental stuttering) starter oftest mellom 2 og 4 års alder (Garsten & Lundström, 2008). Dette er den vanligste typen stamming. Stammestart sammenfaller som regel med barnets språkspurt og ofte ser man et progredierende forløp med økt frekvens av stammeøyeblikk, mer press og kamp, samt økt bevissthet om egen taleflyt (Guitar, 2014). Stammingen kan ved sin start også variere mye i kvantitet og kvalitet (Sønsterud et al., 2014). Når barnet får økt bevissthet rundt taleflytbruddene tilegner de seg ofte strategier for å flykte fra og unngå situasjoner der man kan tenkes å stamme, jf. sekundær stamming (Ward, 2006). Et generelt trekk er også at taleflyten øker under «flytskapende forhold», for eksempel å snakke i kor, synge, snakke etter en annen rytme eller snakke med en annen dialekt, jf. Alm (2005).

Når stammingen har vedvart inn i voksenlivet, vil den vanligvis ikke forsvinne. Det er kun i svært sjeldne tilfeller at personer plutselig og uten åpenbar grunn slutter å stamme (Ward, 2006). I slike sjeldne tilfeller er det et spørsmål hvorvidt det har vært snakk om utviklingsmessig stamming, eller om det har vært stamming med en annerledes etiologi. For barn er situasjonen annerledes. Av de som opplever stamming i førskolealder, vil om lag 80% slutte å stamme innen en periode på 5 år (Garsten & Lundström, 2008). Dette fenomenet er omtalt som spontanbedring (Guitar, 2014; Ward, 2006). Med spontanbedring menes at stammingen opphører uten behandling. Det kan derimot være vanskelig å vite hvorvidt noe er spontanbedring, eller om individuelle tiltak har vært med på at den har opphørt.

Ervervet stamming

Psykogen stamming (eng. acquired psychogenic stuttering) opptrer sent, som regel i sen ungdom og voksen alder (Conture, 2001; Guitar, 2014; Ward, 2006). Stammingen kan for eksempel komme etter opprørende livshendelser (Ward, 2006), eller langvarig psykisk belastning (Guitar, 2014). Dette er ikke nødvendigvis en klart avgrenset gruppe fra «utviklingsmessig stamming». Personer som har stammet i barndommen, men hatt «normal» taleflyt i voksen alder og frem til nytt stammetidspunkt, vil ekskluderes i snevre definisjoner av psykogen stamming. Mange av disse personene har imidlertid respondert godt på samme tiltak som de diagnostisert med psykogen stamming (Guitar, 2014).

Ervervet nevrogen stamming (eng. acquired neurogenic stuttering) har i likhet med psykogen stamming en sen start. Denne type stamming vil derimot være forårsaket av neurologisk sykdom eller skade (Ward, 2006), og er blant annet observert hos personer med Parkinsons sykdom (Guitar, 2014; Ward, 2006). Denne sykdommen har etiologi i basalgangliene (Watkins, Smith, Davis, & Howell, 2008), hvilket er en samling nerveceller i hver hjernehalvdel, som i stor grad regulerer motorikk (Gjærum, 2002).

2.3 Stammingsens utviklingsforløp

Det er gjort flere forsøk på å lage «stadieinndelinger» av en typisk utviklingsmessig stammeprogresjon. Dette er blant annet gjort av (Bloodstein, 1960a, 1960b; Guitar, 2014; Van Riper, 1982). Man skal være klar over at det kan være stor variasjon i den tidlige stammingen, både med tanke på kvantitet, men også kvalitet (Sønsterud et al., 2014). Dette påpekes også av Guitar (2014). En tendens er imidlertid at om lag 95% vil ha begynt å stamme før 4 års alder (Yairi & Ambrose, 2005). Det synes også å være typisk at stammestart preges av repetisjoner uten mye strev (Guitar, 2014; Van Riper, 1982). Det er derimot ikke uvanlig at noen barn begynner å stamme brått (Buck, Lees, & Cook, 2002; Månsson, 2000; Reilly et al., 2009), men heller ikke hard stamming er uvanlig ved stammestart (Månsson, 2000). Faktisk oppgav samtlige foreldre i et utvalg at deres barns stamming 2 år etter stammestart, var mindre alvorlig enn ved stammestart (Månsson, 2000).

Jeg vil her vise til Guitar (2014) sin stadieinndeling, da denne synes å være mest benyttet (Sønsterud et al., 2014).

Normal ikke-flyt

I kartlegging av førskolebarn som stammer er det viktig å skille normal ikke-flyt fra stamming. Ofte kan dette ha form av repetisjoner. For at man kan snakke om normal ikke-flyt, skal ikke repetisjonene ha en større frekvens enn 2. De vil ofte skje i deler av eller hele ord, men også revisjoner og innskytelser kan være tilstede. Barnet viser ingen negative følelser overfor bruddene og er lite bevisst taleflyten. Bruddene er sjeldent preget av press. Dette er muligens det Preus (1977) kaller normal «småbarnsstotring». ”Det synes å være et faktum at mange barn har en periode da de hakker, nøler eller stotrer mer eller mindre. En har tenkt seg at dette kan ha sammenheng med språklig umodenhet, et slags misforhold mellom talebehov og taleevne” (Preus, 1977, s. 28). Sønsterud et al. (2014) påpeker i denne sammenheng at «stotring» som begrep har et svært usikkert meningsinnhold og følgelig lite nytteverdi.

Grensestamming

Grensestamming (eng. borderline stuttering) har mange av de samme karakteristikkene som normal ikke-flyt, men har flere enn 10 brudd per 100 ord. Det er flere enn 2 repetisjoner og forlengelser kan inntre. Det kan være noe økt press og spenning i talemuskulaturen. Både normal ikke-flyt og grensestamming er å se mellom 1,5 til 3,5 års alder. Barnet kan også veksle mellom å være i de to stadiene.

Begynnende stamming

Begynnende stamming (eng. beginning stuttering) opptrer mellom 3,5 og 6 års alder og er preget av økt talehastighet, irregulære repetisjoner og flere forlengelser. Innledningsvis omfatter dette initiale lyder, men ettersom alvorlighetsgraden øker opptrer også forlengelser av lyder inne i ordet. Også blokkeringer begynner i dette stadiet. Som en reaksjon på kjerneatferden ser man at barnet begynner å bruke fluktstrategier. Barnet er klar over stammingen og kan oppleve bruddene som frustrerende, men har ingen øvrige negative følelser. Sønsterud et al. (2014) tar til ordet for å heller snakke om «tidlig stamming», da dette begrepet i større grad åpner for at stammingen også spontant kan svekkes.

Overgangs- og avansert stamming

Stadiet kalt overgangsstamming (eng. intermediate stuttering) opptrer som regel mellom 6 og 13 års alder, og kjennetegnes av sterkere negative følelser og en reell frykt for å stamme.

Dette bidrar til utviklingen av unngåelsesstrategier som kan kamuflere stammingen, hvilket blant annet vises til i Alm (2005) sin definisjon av stamming. Når stammingen har vedvart inn i sen ungdom og voksen alder, kan man snakke om avansert stamming. I likhet med overgangsstamming vil heller ikke denne fasen ha store endringer i kjerneatferden, men stammingen har her blitt en del av personens identitet og selvoppfattning.

2.4 Mekanismer i stammeutviklingen

”Many factors, both in a child and in his or her environment, create the conditions under which stuttering first emerges and then grows progressively worse, stabilizes, or disappears” (Guitar, 2014, s. 62).

MPC sin multifaktoriske modell viser til fysiologiske faktorer og faktorer relatert til språk og tale, som predisponerende faktorer, også kalt konstitusjonelle faktorer. Disse interagerer med miljømessige og psykologiske faktorer og kan bidra til stammestart. Guitar (2014) mener derimot at fysiologiske og psykologiske faktorer er de konstitusjonelle faktorene.

Redegjørelsen er her knyttet opp mot den multifaktoriske modellen, men innholdsmessig supplert av annen teori. I motsetning til Kelman og Nicholas (2008) viser Guitar (2014) også til læringsmekanismer. Jeg har her valgt å legge dette under psykologiske faktorer.

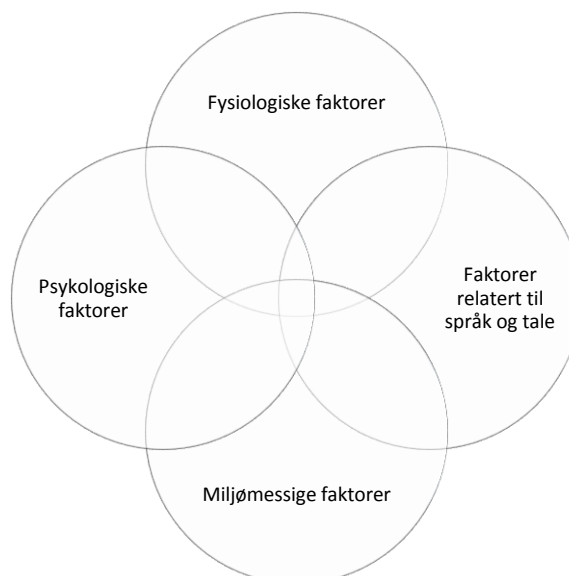


Fig.2. Illustrasjon av «den multifaktoriske modellen» (Kelman & Nicholas, 2008).

Fysiologiske faktorer

Det er i dag stor forskningsmessig støtte for at prevalensen av stamming er høyere i familier hvor noen har stammet tidligere, eller fortsatt stammer (Guitar, 2014; Kelman & Nicholas, 2008). Man vet derimot lite om den faktiske genetiske overføringen (Conture et al., 2006). Guitar (2006) hevder at denne genetiske sårbarheten ikke bare påvirker talemotorisk kontroll, men også språk og temperament. Den genetiske predisposisjonen regnes som en medfødt predisponering for stamming, omtalt som en konstitusjonell faktor (Guitar, 2014) eller distal faktor (Conture et al., 2006). Gener vil imidlertid ikke predikere om stamming opptrer eller vedvarer, men vil være en risikofaktor (Kelman & Nicholas, 2008). Et annet spørsmål blir derimot hvordan denne genetiske sårbarheten manifesterer seg nevrologisk. I denne forbindelse er det funnet unormal hjerneaktivering, samt strukturelle avvik i hjernen hos personer som stammer. Det er blant annet funnet at personer som stammer har unormalheter i «white matter tracts», myelinbaner (Guitar, 2014; Sommer, Koch, Paulus, Weiller, & Büchel, 2002). Slike avvik er også funnet hos barn som stammer (Sommer et al., 2002). At dette også er funnet hos barn som stammer, er interessant, da det sier noe om at eventuelle strukturelle endringer manifesterer seg tidlig. Det metodiske problemet knyttet til hvorvidt de strukturelle avvikene også finnes før stammestart, er derimot fortsatt ubesvart. Dette metodiske problemet er også aktuelt for funn av unormal hjerneaktivering. Unormale hjerneaktiveringer er blant annet funnet av (Braun et al., 1997; Nil, Kroll, Kapur, & Houle, 2000), og er vurdert til å være en konsekvens av stamming, fremfor årsaken (Brown, Ingham, Ingham, Laird, & Fox, 2005).

Faktorer relatert til språk- og tale

Stammingen debutterer oftest når språktilegnelsen er størst (Guitar, 2014; Kelman & Nicholas, 2008), men er ikke språkvanske (Starkweather & Givens-Ackerman, 1997). Man vet derimot at språklige faktorer kan påvirke stammingen. Frekvensen av stamming kan eksempelvis være høyere på funksjonsord og ved lingvistisk kompliserte setninger (Starkweather, Gottwald, & Halfond, 1990), samt svake fonologiske ferdigheter er en risikofaktor for vedvarende stamming (Kelman & Nicholas, 2008). Også et aldersmessig avansert språk kan være en faktor som gjør en mer sårbar for stamming (Guitar, 2014; Starkweather, 1997). Lingvistiske faktorer vil virke sammen med talemotoriske prosesser og kan derfor ha betydning for hvordan stammingen viser seg (Conture et al., 2006).

Psykologiske faktorer

Temperament kan være en del av barnets medfødte psykologiske trekk og Guitar (2014) anser dette derfor som en konstitusjonell faktor. Karrass et al. (2006) fant i sin studie at barn som stammer er mer emosjonelt reaktive, samt at de har vanskeligere for å regulere sine følelsesmessige reaksjoner. Ved opphisselse har de vanskeligere for å returnere til en emosjonell «baseline». Dette kan innvirke på barnets opplevelse av egne taleflytvansker, men samtidig ha vært en sårbarhet for stamming i utgangspunktet (Guitar, 2014; Richels, 2010). Et reaktivt temperament kan også trigge økt spenning i muskulatur (Guitar, 2006).

Læringsmekanismer

Utviklingen av den sekundære stammingen kan forklares ut fra læringsteori (Guitar, 2014). Det er læring som gjør at et barn som stammer når det er opphisset, slitent eller stresset kan begynne å stamme på generell basis (Guitar, 2014). Læringsmekanismene synes følgelig å være et hovedtrekk ved utviklingsmessig stamming. Disse kan deles inn i to hovedkategorier: «klassisk betinging» og «operant betinging». I motsetning til Guitar (2014) har Conture et al. (2006) heller valgt å snakke om «erfaring», da de mener dette favner flere av barnets hverdagssituasjoner.

Klassisk betinging er en assosiasjon mellom en nøytral stimulus og en annen stimulus, for eksempel stamming. Denne mekanismen «sprer» stammingen til nye områder (Guitar, 2014). Et eksempel på dette kan være at man har stammet når man snakket med betjeningen i en butikk. Neste gang man går i en butikk kan dette frembringe en fysiologisk respons i form av økt muskelspenning og videre stamming (Guitar, 2014). Dette er å anse som en automatisk respons (Woolfolk, Pettersson, Ragnheiður, & Nygård, 2004). Operant betinging går derimot ut på at en frivillig atferd blir styrket eller svekket av stimuli (Woolfolk et al., 2004). Dette kan deles inn i «positiv forsterkning», «negativ forsterkning» og «straff» (Guitar, 2014). Vi kan snakke om negativ forsterkning når en atferd medfører at en ubehagelig situasjon opphører. Det er denne mekanismen som driver utviklingen av sekundæratferd. Positiv forsterkning innebærer at en atferd har økt sannsynlighet for å forekomme når den etterfølges av en belønning. Straff går på sin side ut på at en atferd som ledsages av noe negativt, har redusert sannsynlighet for å forekomme.

Miljømessige faktorer

Miljømessig stress kan komme i flere former, men kan deles inn i tre kategorier: (1) faktorer knyttet til foreldrene, (2) livshendelser og (3) faktorer knyttet til det språklige miljøet (Guitar, 2014). Forskning omkring foreldres interaksjonsstiler med barn som stammer, er i stor grad basert på samspillet mellom mor og barn. Enkelte studier har her hevdet at mødre til barn som stammer har en mer dirigerende og forhørende kommunikasjonsstil (Kasprisin-Burrelli, Egolf, & Shames, 1972; Langlois, Hanrahan, & Inouye, 1986). Det er da hevdet at dette medfører økt kommunikativt stress for barnet. I nyere forskning er ikke forskjeller mellom mødre som har barn som stammer og mødre som har barn som ikke stammer, funnet som signifikante (Ryan, 2000). Guitar (2014) konkluderer imidlertid med at foreldrenes eget temperament kan innvirke på deres reaksjon på barnets taleflytbrudd. Denne uttalelsen kan ses i sammenheng med den «diagnosogene teorien». Denne teorien handler om at stamming oppstår når foreldre reagerer på barnets normale ikke-flyt og utvikler en mer angstfylt interaksjon med barnet, blant annet preget av mer kritikk og korrigeringer (Garsten & Lundström, 2008). Selv om den diagnosogene teorien ikke er aktuell i dag, er den imidlertid ikke helt irrelevant. Dette kan blant annet ses med Guitar (2014) sin påstand om foreldrenes temperament, men også av Kelman og Nicholas (2008). De viser til at en angstfylt interaksjon, for eksempel som følge av at foreldrene er usikre på hvordan de skal forholde seg til stammingen, kan påvirke barnets samspill med foreldrene. Dette er noe som kan bidra til å øke stammingen. Også livshendelser kan bidra til dette, men kan også utløse stammestart (Guitar, 2014). I en undersøkelse gjort av Månsson (2000) oppgav 50% av foreldrene i utvalget at stammestart hadde sammenfalt med en stressfaktor, for eksempel å få et søsken eller at barnet ble innlagt på sykehus. Også det språklige miljøet kan legge ekstra stress på barnets taleflyt. At foreldrene snakker raskt, formidler et krav til barnet om at det også må snakke fort. Også avansert språk, avbrytelser og direkte spørsmål legger økt stress på barnets taleflyt (Starkweather et al., 1990).

Miljømessige faktorer kan kobles til «kapasitet og krav» modellen. Denne modellen bygger på antakelsen om at barn vil ha en grunnleggende kapasitet for flytende tale (Gottwald, 2010; Starkweather et al., 1990). Disse er relatert til talemotorisk kontroll, sosioemosjonell modenhet, kognitive evner og språk (Starkweather et al., 1990). Miljømessige faktorer kan imidlertid «spise» av barnets kapasitet for flytende tale. At mennesker med kognitive vansker er mer utsatt for taleflytbrudd, for eksempel mennesker med Downs syndrom (Guitar, 2014;

Ward, 2006), kan tenkes å ha sammenheng med dette. Dette da disse personene kan ha noe «lavere» kapasitet for taleflyt.

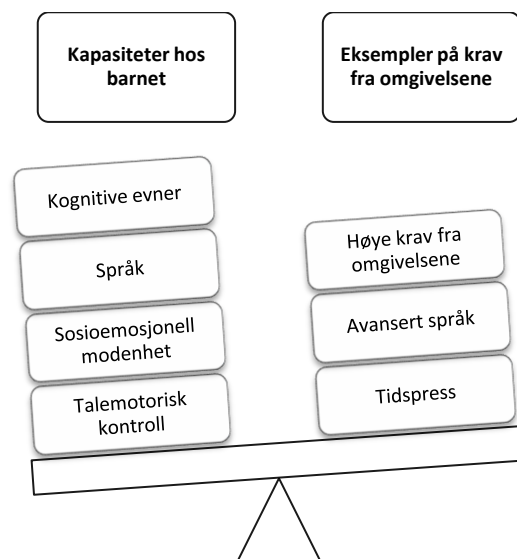


Fig. 3. Barnets kapasitet for taleflyt og eksempler på krav fra omgivelsene (Gottwald, 2010; Starkweather et al., 1990).

2.5 Stammer hos barn i førskolealder

Direkte arbeid med stammer innebærer å jobbe med barnets taleflyt gjennom «flytskapende», «stammemodifiserende» eller «integreerte tilnærminger» (Yairi & Ambrose, 2005). Man går her direkte inn og arbeider med barnets tale (Conture, 1990; Guitar & McCauley, 2010; Ward, 2006). "(...) a direct therapy approach involves explicit, overt, and direct attempts to modify the child's speech and related behavior" (Conture, 1990, s. 94). Ved flytskapende behandling er målet spontan eller kontrollert taleflyt, for eksempel gjennom strategier som langsommere talehastighet, gradvis fonasjon og myk artikulatorisk kontakt (Garsten & Lundström, 2008; Shapiro, 2011). Stammemodifiserende behandling har også spontan eller kontrollert taleflyt som mål, men godtar at det er igjen noe stammer (Garsten & Lundström, 2008). Her vil man i større grad benytte seg av teknikker for å gjøre stammeren «mykere», men også arbeide med personens følelser og holdninger til stammeren (Garsten & Lundström, 2008). I integrert behandling benyttes både flytskapende og stammemodifiserende tiltak, men vektingen av elementene kan variere (Guitar, 2014).

Indirekte behandling har lite fokus på barnets taleflyt og går i stor grad ut på foreldreveiledning rundt miljøforandringer (Conture, 1990, 2001). Det er også mulig å

kombinere en direkte og indirekte behandling (Ward, 2006), hvilket i litteratur også, noe forvirrende, omtales som «integrert tilnærming». En ren indirekte behandling er ønskelig dersom barnet faller innunder «grensestamming» (Guitar, 2014). Guitar (2014) virker til å åpne for større innslag av direkte tilnærming for de førskolebarna som kategoriseres i gruppen «begynnende stamming».

Gilleberg (2003) viser til at majoriteten av norske logopeder benytter en indirekte tilnærming når de behandler førskolebarn som stammer (65%). 12% oppgav å jobbe mer direkte. 23% opplyste om at de kombinerte en indirekte og direkte tilnærming. Også Carstensen (2012) viser at majoriteten av norske logopeder foretrekker en indirekte tilnærming og at de opplever foreldreinvolvering, primært veiledning og informasjon, som essensielt for et vellykket resultat. På bakgrunn av teori kan man anta at et vellykket resultat er full eller tilnærmet flyt. Ambjørnsen (2011) fant på sin side at de fleste norske logopeder som arbeider med førskolebarn som stammer, kombinerer indirekte og direkte tiltak, men at de i stor grad arbeider rådgivningsrettet mot foreldre og barnehage.

Vedrørende valg av behandlingstilnærming påpeker Yairi og Ambrose (2005) at det er to måter å nærme seg dette på. Man kan enten velge ett av flere behandlingsprogram som passer klientens behov og logopedens komfortsone, eller man kan velge ut komponenter fra ulike tilnærminger og sette det sammen til et nytt «program». Wright (2012) deler derimot beslutningsprosessen i to alternativer: man kan enten velge en foreldrebasert behandlingstilnærming, eller man kan velge å arbeide mer direkte rettet mot barnet. Sistnevnte behandlingsform vil være aktuell for barn som etter foreldrebasert behandling fortsatt opplever stamming (Wright, 2012).

2.5.1 The Lidcombe Program for Preschool Children Who Stutter

«The Lidcombe Program for Preschool Children Who Stutter» (LP) er et behandlingsprogram med en direkte tilnærming (Garsten & Lundström, 2008; Harrison & Onslow, 2010).

Behandlingen er ment for barn opp til 6 års alder (Guitar & McCauley, 2010), og har full eller tilnærmet full flyt som mål (Onslow, Packman, & Harrison, 2003). Tilnærmingen bygger på operant betinging og har forbindelser til atferdsterapi (Harrison & Onslow, 2010).

Behandlingen deles inn i to stadier. På det første stadiet er målet å eliminere barnets stamming, for deretter å vedlikeholde taleflyten over en viss periode (Onslow et al., 2003). I stadium 2 får foreldrene økt ansvar for å fortsette behandlingen (Onslow et al., 2003).

Vanligvis har man fullført et behandlingsforløp innen 12 måneder (Harrison & Onslow, 2010). Behandlingen administreres av foreldrene i form av verbal respons på barnets stamming eller flytende tale. Dette gjøres på tidsavgrensede perioder på dagen og i ulike kontekster (Guitar, 2014; Harrison & Onslow, 2010). Disse verbale responsene kommer i form av positiv forsterkning eller straff. Bruken av straff innebærer å be barnet si ordet eller setningen på nytt, men denne gangen uten å «humpe» på ordet. Positiv forsterkning brukes for å verbalt belønne flytende tale. Det kreves ikke at barnet skal forstå behandlingen. Den skal heller ikke medføre negative opplevelser for barnet (Harrison & Onslow, 2010). Logopeden er primært i et veiledningsforhold med foreldrene, hvor foreldrene lærer å bruke verbale responser, men også å måle grad av stamming (Guitar, 2014). Behandlingsprogrammet er følgelig å anse som foreldrebasert.

LP er vist å være effektiv for barn opp til 12 års alder (Lincoln, Onslow, Lewis, & Wilson, 1996), og effekt er dokumentert ned til 2 års alder (Harris, Onslow, Packman, Harrison, & Menzies, 2002; Jones et al., 2005). Man vet derimot lite om hvilke mekanismer som ligger bak denne effektiviteten (Harrison & Onslow, 2010; Onslow et al., 2003). Det kan imidlertid tenkes at behandlingen bidrar til endringer i foreldrenes språklige interaksjon med sine barn (Harrison & Onslow, 2010). Onslow hevder at behandlingen er ateoretisk, altså at den ikke bygger på noen teori om stamming, men heller effektstudier av verbale responser (Onslow & Millard, 2012). Allikevel kan det virke som at Harrison og Onslow (2010) aksepterer muligheten for at effektiviteten ligger i miljøendring. Et spørsmål er da om behandlingens effekt til en viss grad kan forklares ut fra «kapasitet og krav» modellen.

2.5.2 Stuttering Prevention and Early Intervention

«Stuttering Prevention and Early Intervention» er beregnet for barn mellom 2 og 6 års alder og bygger på «kapasitet og krav» modellen. Den er både direkte og indirekte i sin tilnærming og er følgelig en integrert behandling (Guitar & McCauley, 2010). Den indirekte komponenten innebærer å veilede foreldrene til å gjøre endringer i barnets miljø. Her åpnes det for å bruke videofilm som virkemiddel (Guitar & McCauley, 2010). Logopeden vil samtidig arbeide direkte med barnets taleflyt (Guitar, 2014; Starkweather et al., 1990). Behandlingen ble først utviklet av Starkweather et al. (1990) og deretter videreutviklet av Gottwald og Starkweather (1999). Etter dette har den igjen blitt videreutviklet Gottwald

(2010). Behandlingsprogrammet har vist seg å være effektivt (Guitar, 2014), hvilket blant annet er dokumentert av Starkweather et al. (1990) og Gottwald og Starkweather (1999).

2.5.3 Palin Parent-Child Interaction therapy

«Palin Parent-Child Interaction therapy» (PCI) er et behandlingsprogram utviklet ved «The Michael Palin Centre for Stammering Children» (MPC) og er både et indirekte og direkte behandlingsprogram, i likhet med «Stuttering Prevention and Early Intervention» (Kelman & Nicholas, 2008). Det har som mål å gi foreldre økt kunnskap, ferdigheter, forståelse og selvtillit til å håndtere barnets stamming (Botterill & Kelman, 2010). Et annet mål er å redusere foreldrenes angst omkring stammingen og som et sluttprodukt redusere stammingen til en normal ikke-flyt (Botterill & Kelman, 2010; Kelman & Nicholas, 2008). Behandlingen vil alltid gjennomføre den indirekte komponenten, men forholder seg avventende til direkte tiltak. Dette regnes kun som nødvendig dersom den indirekte behandlingen ikke lykkes med å senke stammingen. Det er derfor tvilsomt hvorvidt man kan omtale PCI som et integrert behandlingsprogram. Målgruppen er barn opp til 7 år.

PCI-programmet tok form på 1980-tallet, men var da mer opplæringspreget (Kelman & Nicholas, 2008). Foreldrene ble gitt råd om hva de burde og ikke burde gjøre for å øke sitt barns taleflyt. I dag fremstår programmet med en noe annerledes «filosofi». Det er grunnleggende prinsipper at foreldre (1) *allerede* vet hva som fremmer økt taleflyt hos barnet, (2) at deres interaksjonsstiler ikke skiller seg fra interaksjonsstilene til foreldre som har barn som ikke stammer, (3) at deres interaksjonsstiler i større grad kan støtte opp om barnets taleflyt og (4) at barnets stamming påvirker foreldrenes samhandling med barnet, ved at foreldrene kan reagere med angst og bekymring på barnets stamming. Dette kan igjen påvirke interaksjonen mellom dem og barnet, noe som kan bidra til mer stamming (Kelman & Nicholas, 2008).

3 Palin Parent-Child Interaction therapy

3.1 Teoretisk utgangspunkt, målgruppe og evidens

Man vet ikke årsaken til at noen begynner å stamme, men vi vet at det er flere faktorer som driver utviklingen, jf. Guitar (2014). Det er konsensus at faktorer influerer hverandre og er med på både å starte og utvikle stammingen videre (Botterill & Kelman, 2010; Kelman & Nicholas, 2008). På bakgrunn av at stamming fremstår som en dynamisk og multifaktoriell vanske, har MPC utviklet en «multifaktorisk modell», se. fig.2 (Botterill & Kelman, 2010; Kelman & Nicholas, 2008). Millard vedgår at PCI til en viss grad bygger på «kapasitet og krav» modellen ettersom PCI går ut fra at barnet har en sårbarhet for stamming, og at dette av en eller grunn utløses i et samspill mellom flere faktorer (Onslow & Millard, 2012). PCI deler derfor noe av det samme teoretiske utgangspunktet som «Stuttering Prevention and Early Intervention».

Behandlingsprogrammet er for barn opp til 7 år (Botterill & Kelman, 2010; Guitar & McCauley, 2010) og vil alltid innebære en kartleggingsprosess før man avgjør om barnet skal behandles med PCI (Millard, Nicholas, & Cook, 2008). Man stiller her foreldrene en rekke spørsmål knyttet til barnet og dets stamming, for eksempel hvordan denne arter seg, når det forekommer, om barnet har andre språk- eller talevansker, samt om det foreligger familiehistorie (Kelman & Nicholas, 2008). Enkelte spørsmål er en form for «nøkkelspørsmål» eller «varsellamper». Dersom det for eksempel foreligger en familiehistorie med stamming, annen språk- eller taleproblematikk, eller at barnet virker å være bevisst stammingen, taler dette for at behandling igangsettes. Det er imidlertid ikke slik at barnet *må* skåre på et bestemt antall av disse «nøkkelspørsmålene». Dersom logoped er lite bekymret for at stammingen vil vedvare, men foreldrene er svært bekymret, kan det allikevel være aktuelt å igangsette behandlingsprogrammet (Kelman & Nicholas, 2008).

Evidens

I en effektstudie utført ved MPC (Millard et al., 2008) ble 6 barn valgt ut for å se effekten av PCI-programmet. 4 av 6 barn hadde en familiehistorie med stamming. Samtlige var under 5 år og alle hadde stammet mer enn 12 måneder. Sistnevnte punkt var av viktighet da man ønsket

å redusere sannsynligheten for at resultatene ble påvirket av «spontanbedring». Barna hadde heller ikke mottatt noen form for behandling de siste 12 månedene og ingen hadde lærevansker. 2 av barna var jenter. Alle snakket engelsk hjemme og bodde med begge foreldre. Med dette utgangspunktet startet PCI-behandling. Resultatene viste at stammingen ble redusert for 4 av 6 barn. Det er også viktig å påpeke at stammingen ble redusert med begge foreldrene. Dette var derimot ikke tilfellet for ett barn. Dette barnet reduserte kun stammingen med den ene forelderen. Det ble da igangsatt mer direkte arbeid med stammingen. For det andre barnet som ikke reduserte sin stamming, ble det også igangsatt direkte tiltak. Det ble konkludert med at PCI sin indirekte del har effekt, men at det i enkelte tilfeller er nødvendig å gå videre med en direkte behandling. PCI sin effekt er også støttet i en senere studie (Millard, Edwards, & Cook, 2009). Her fant man også at foreldrene opplevde å ha blitt mer kunnskapsrike og selvsikre i å håndtere sitt barns stamming, samt at de var mindre bekymret enn hva de var før behandling (Millard et al., 2009).

3.2 Oppbygning og behandlingsforløp

Tiltak

Interaksjonsstrategier

PCI bygger på å gjøre foreldrene i stand til selv å håndtere barnets stamming og gjøre mer av det de allerede vet fremmer barnets taleflyt (Kelman & Nicholas, 2008). Her vil interaksjonsstrategier være essensielle. Fremfor å fortelle foreldrene hva som fremmer økt taleflyt og hva de kan gjøre for å oppnå dette, slik tilfellet var i den tidlige versjonen av PCI, skal foreldrene selv identifisere slike faktorer. Gjennom denne prosessen skal de selv ta rede på hvilke interaksjonsstrategier som støtter barnets taleflyt, samt hvilke strategier de allerede benytter seg av i samspill med barnet. Allerede benyttede interaksjonsstrategier vil være utgangspunkt for det man skal gjøre mer av.

Det er identifisert en rekke interaksjonsstrategier (Kelman & Nicholas, 2008). Det vises eksempelvis til å følge barnets initiativ i lek, la barnet løse problemer selv, i større grad bruke kommentarer fremfor spørsmål, ikke benytte for komplekst språk, gi barnet tid til å initiere og besvare, senke talehastigheten, samt legge inn pauser mellom ytringer. Hver interaksjonsstrategi har en teoretisk forankring.

Familiestrategier

I likhet med interaksjonsstrategier, varierer hvilke familiestrategier logopeden introduserer for foreldrene (Kelman & Nicholas, 2008). Valg av familiestrategier virker altså til å gjøres på grunnlag av samtale med foreldrene. Disse strategiene er ikke nødvendigvis faktorer som direkte er relatert til barnets taleflyt, men omhandler mer barnets og familiens livssituasjon. Det kan for eksempel være aktuelt å hjelpe foreldrene til å kunne benytte to språk hjemme, uten at dette legger økt stress på taleflyten. Åpenhet rundt stamming og å hjelpe barnet med å være mindre kritisk til seg selv, kan også være aktuelle familiestrategier. Noen barn har høye standarder til seg selv. Dette kan bidra til et høyere angstnivå og økt stamming (Kelman & Nicholas, 2008). Strategier som hjelper barnet med å se at ingen er perfekte og som hjelper foreldrene til å kunne forholde seg til barnets følelser, er også potensielle strategier. Det kan her være aktuelt med strategien «ros», hvor man klart knytter rosen opp mot en bestemt handling og bruker et ord som barnet lagrer i sitt «mentale vokabular» om seg selv, for eksempel at barnet er «hjelpsomt».

Det er dog én familiestrategi som uten unntak introduseres for foreldrene, nemlig «spesialtider».

“Special Times are central to Palin PCI. During Special Times parents focus on implementing their chosen interaction strategies, which we refer to as their «targets», to help the child’s fluency. They also provide an opportunity for «quality time» for a child and a parent to spend together” (Kelman & Nicholas, 2008, s. 94).

Det bør gjennomføres omtrent 5 spesialtider av hver forelder på en uke. Det er imidlertid viktig at foreldrene kan binde seg til noe som er realistisk (Kelman & Nicholas, 2008). De bør også skje i verbal aktivitet, og ikke når man for eksempel ser på TV, leser eller spiller videospill. De skal heller ikke vare over 5 minutter, hvilket er begrunnet med at det kan være lettere å fokusere på interaksjonsstrategien hvis det ikke varer så lenge, samt at det ofte blir enklere å finne muligheter for gjennomføring.

Strategier rettet mot barnet – en direkte behandlingskomponent

“The child strategies teach the child what he can do to help himself. The interaction and family strategies have created an environment in which the child is more likely to be able to use these child strategies” (Kelman & Nicholas, 2008, s. 169).

Som dokumentert er den indirekte komponenten nok for de fleste barn til å skape en nedadgående stammefrekvens (Millard et al., 2008), men ikke for alle. For noen vil det være nødvendig med mer direkte tiltak. Her åpner Kelman og Nicholas (2008) for LP, men viser også til PCI sin egen «tiltakspakke». Denne går i hovedsak ut på redusert talehastighet, å stoppe for å tenke på hva man skal si, samt gradvis fonasjon (eng. easy onset). Redusert talehastighet arbeides med gjennom «skilpadde-snakking», å tenke på hva man vil si, samt gradvis fonasjon, omtales som «buss-snakking» og «fly-snakking». Foreldreinvolvering er fremdeles viktig, da den direkte behandlingen også forventes å gjøres hjemme.

Behandlingsforløp

PCI-behandlingen sin indirekte komponent går over 12 uker, hvor de første 6 ukene innebærer at foreldre og barn treffer logopeden én gang i uken. Jeg har valgt å omtale møtene med logopeden disse ukene, som «økter». De resterende 6 ukene treffer ikke foreldrene logopeden, men fortsetter behandlingen hjemme. De vil imidlertid sende inn «lekser» slik at logopeden vet hvordan hjemmeoppgavene går. Kelman og Nicholas (2008) viser til hvordan samtlige økter skal gjennomføres.

Tidlig kartlegging og tilråding

Når barnet kommer til logopeden innleder man med en basis-kartlegging. Man ønsker her å se hvor mange «sårbarhetsfaktorer» som foreligger, altså risikoen for at barnet utvikler vedvarende stamming. Dersom det er stor sannsynlighet for at stammingen kommer til å vedvare, eller at foreldrene er svært bekymrede, kan PCI være tilrådelig. Om vedvarende stamming ikke er indikert kan logoped vurdere om man skal avvente behandling. Man kan da sette opp oppfølgingssamtaler med familien den tredje, sjette og tolvte måneden. Om man velger å starte en PCI-behandling, går man videre til en mer utførlig kartlegging.

Videre kartlegging, første og andre økt

I den mer utførlige kartleggingen begynner man med det første videoopptaket av et 5 minutter langt samspill mellom barnet og hver av foreldrene, intervju med barn og foreldre, samt måling av stammefrekvens og vurdering av fremtoning. I neste time gis tilbakemelding om funn og videre anbefaling. Den multifaktoriske modellen brukes som rammeverk for tilbakemelding og forklaring.

I første økt repeteres funn og det gjøres nye videofilmer om det er nødvendig. Det gis også informasjon om behandlingsprogrammet generelt. Når behandlingen nå har startet vil relevante familiestrategier introduseres underveis. Spesialtider etableres, men uten noe interaksjonsmål. I neste time snakker man rundt erfaringer fra spesialtider, hva som bidrar til barnets stamming og hva som fremmer taleflyt. Dette drøftes opp mot videoopptaket fra forrige økt. Videre blir dette utgangspunkt for foreldrenes valg av interaksjonsmål som hver av foreldrene skal bruke i spesialtider hjemme.

Tredje, fjerde, femte og sjette økt

I hver økt går man gjennom erfaringene fra spesialtidene utført hjemme, samt eventuelle familiestrategier. Det gjøres nye videoopptak og man velger nye interaksjonsmål, eventuelt viderefører man mål fra foregående uke. I sjette økt gir man informasjon om «hjemmeperioden» og avtaler ny konsultasjon etter disse 6 ukene. I denne perioden fortsetter foreldrene å gjennomføre spesialtider og de interaksjonsmålene de har satt seg. De sender «lekseark» til logopeden og oppfordres til å ta kontakt om stammingen øker eller stagnerer.

Konsultasjon etter hjemmeperioden, videre kliniske avgjørelser

I konsultasjonen etter hjemmeperioden kartlegges stammingen på nytt. Foreldrenes grad av bekymring blir også inkludert i denne kartleggingen. Dette blir så sammenliknet med data fra kartleggingen gjort tidligere i behandlingen. Videre må man avgjøre om stammingen er så redusert at man går over til overvåkning, eller om man anbefaler videre indirekte tiltak. Dette kan eksempelvis innebære å introdusere nye interaksjonsstrategier. Dersom alle relevante interaksjonsstrategier er introdusert og man ikke forventer at en fortsatt indirekte behandling vil ha effekt, er det aktuelt med en direkte behandlingskomponent. Om stammingen er redusert og man velger å avslutte PCI-behandlingen, overvåkes barnet i 1 år hvor man har oppfølgingssamtaler den tredje, sjette og tolvte måneden.

3.3 Kritikk

Det er dokumentert at PCI har effekt både med tanke på stammereduksjon og å trygge foreldrene (Millard et al., 2009; Millard et al., 2008). Det bør imidlertid være på det rene at disse effektstudiene er utført av dem selv og heller ikke omfatter et stort antall kasus. I sammenlikning fremstår LP som et behandlingsprogram med tyngre evidensbasert grunnlag

(Guitar, 2014). Tanken bak evidensbasert praksis er at vår behandlingspraksis skal ha et faglig grunnlag, en faglig forklaring på hvorfor vi velger å gjøre akkurat dette (Haaland-Johansen, 2007). Slik skal vi tilby det som har påviselig effekt og ikke det som tilsynelatende ikke har det. Det blir opp til den enkelte fagperson å forholde seg reflektert til den ulike forskningen. At noe har mindre evidens enn noe annet, betyr ikke nødvendigvis manglende effekt. Kanskje betyr det heller at det er gjort for lite forskning, eller at forskningen gir et feilaktig bilde (Haaland-Johansen, 2007).

Onslow (Onslow & Millard, 2012) kritiserer PCI for å være så individualisert at hver behandling i praksis er en helt ny behandling. Onslow påpeker også at PCI ikke er et adekvat behandlingsprogram for førskolebarn som stammer, dette på bakgrunn av at behandlingsprogrammet godtar å avslutte behandling for barn som fortsatt stammer. Millard (Onslow & Millard, 2012) svarer til dette at det ikke er aktuelt å avslutte behandlingen for barn som har blokkeringer, forlengelser, press og / eller bekymring over taleflyten. Man avslutter heller ikke behandlingen om foreldrene ikke føler seg tryggere i situasjonen.

Kjernen i PCI er å modifisere barnets miljø slik at det blir mer optimalisert for taleflyt. Dette gjøres primært gjennom interaksjonen mellom barnet og dets omsorgspersoner (Ward, 2006). Dette er svært likt behandlingsprogrammet «Stuttering Prevention and Early Intervention» som bygger på «kapasitet og krav» modellen. Millard peker imidlertid på at selv om behandlingsprogrammene deler utgangspunktet med å identifisere barns styrker og behov i sin kommunikasjon, er PCI influert av flere tilnærminger, blant annet når det kommer til rådgivning og familiesystemer (Onslow & Millard, 2012). Familiestrategier er heller ikke unikt for PCI, da også «Stuttering Prevention and Early Intervention» driver rådgivning rettet mot stressелеmenter i hverdagen (Guitar, 2014). Dette aspektet fremstår derimot mindre strukturert enn i PCI. I det hele virker det som at PCI og «Stuttering Prevention and Early Intervention» er svært like i sine teoretiske forankringer, men at de skiller seg i hvor systematiske og strukturerte de er. Forskjellen blir kanskje enda mindre når video av interaksjon mellom foreldre og barn også kan benyttes i «Stuttering Prevention and Early Intervention» (Gottwald, 2010). Et forholdsvis stort skille mellom de to behandlingene er derimot at det i «Stuttering Prevention and Early Intervention» startes direkte behandling samtidig som den indirekte behandlingen (Guitar & McCauley, 2010), men også at det i PCI ikke er noen «standard» tiltak. Behandlingen skreddersys etter familiens behov.

4 Foreldresamarbeid

Rådgivning handler om å hjelpe mennesker til å hjelpe seg selv (Lassen, 2002). Dette synes å sammenfalle med Christmann og Fabæch Knudsen (1991) sin avklaring av begrepet. De vektlegger at rådgivning foregår i dialogform med utgangspunkt i den enkelte families opplevde problem. Slik er rådgivning også en form for *behandling*, ved at en går inn for å minimere et problem. Dette er å skille fra *veiledning*, da at dette mer handler om logopedens formidling av informasjon (Christmann & Fabæch Knudsen, 1991).

Foreldreinvolvering har fått stor plass i stammebehandling for barn. Denne involvering kan deles inn i tre typer (Yairi & Ambrose, 2005). Den første type foreldreinvolvering var å anse *foreldre som klienter*. Denne type involvering hang nært sammen med tanken om at stammingen var et resultat av foreldrenes interaksjon med barnet. Senere har *foreldrerådgivning* blitt en aktuell involveringsform. Tanken er å få foreldrene til å endre sine interaksjonsmønstre med barnet, gjennom rådgivning. Dialogen kan imidlertid være noe «opplæringspreget» og kanskje mer likt veiledningsbegrepet, slik det brukes av Christmann og Fabæch Knudsen (1991). Den nyeste formen for foreldreinvolvering er *foreldre som medbehandlere*. Foreldrene får her trening i å overføre behandlingen til hjemmemiljøet. I forhold til de to andre formene for foreldreinvolvering ser både LP og PCI ut til å falle innunder denne type involvering. De to behandlingene skiller seg derimot i hvor veiledende de er. LP bruker mer informasjon og veiledning fra logopeden, mens PCI mer benytter drøfting som virkemiddel. Slik sett virker PCI til å være mer rådgivningsrettet, jf. Christmann og Fabæch Knudsen (1991). For «Stuttering Prevention and Early Intervention» sitt vedkommende, synes også denne behandlingen å gi foreldrene rollen som medbehandlere. Logopeden er imidlertid mer aktiv enn i PCI, jf. integrert behandling.

4.1 Logopeden som ekspert eller partner?

Fagpersoner kan ha to ulike relasjoner til sine klienter: rollen som ekspert eller rollen som partner (Davis, Marlow, & Kranstad, 1995). I stammebehandling virker det som at ekspertrollen lenge har hatt et godt fotfeste ved at foreldrene har blitt ansett som klienter eller det har blitt drevet foreldreveiledning, jf. Christmann og Fabæch Knudsen (1991) sin bruk av veiledningsbegrepet. Foreldreinvolvering der foreldre er medbehandlere, bygger derimot på en annen tilnærming til foreldresamarbeid. Foreldrene er her mer aktive aktører enn i de to

øvrige typer foreldreinvolvering. Man har altså sett en utvikling der logopeder i større grad har beveget mot en partnerskapsrolle. Denne rollen kjennetegnes av tanken om at begge parter er like viktige og at de har utfyllende kompetanse (Davis et al., 1995). Drøfting blir ofte en sentral del av kommunikasjonen mellom foreldre og logoped. Skillet mellom rollen som ekspert og partner vises også til av Sætersdal, Dalen, og Tangen (2008). De beskriver dette skillet som en orientering enten mot foreldre som ressurs eller foreldre som assistenter. Orientering mot foreldre som ressurs, bygger på myndiggjøring (eng. empowerment) av foreldrene (Sætersdal et al., 2008). Myndiggjøring innebærer en overføring av makt fra fagperson til bruker / klient (Askheim, 2003). Det kan virke som at PCI går lengre i myndiggjøringen av foreldrene, ved at man tar utgangspunkt i det de allerede gjør, jf. Kelman og Nicholas (2008). Slik anses foreldrene mer som en ressurs, fremfor som assistenter for logopeden. Sett i forhold til de tre behandlingsprogrammene, innebærer LP en ekspertrolle, men allikevel gis foreldrene en rolle som medbehandlere. I LP synes også foreldrene å bli sett på som assistenter, ettersom dialogen er mer veiledningspreget.

Det er ikke nødvendigvis utelukkende positivt at foreldrene gis en «trenerrolle». Sætersdal et al. (2008) stiller seg undrende til hvordan barna opplever gjentatt trening med foreldrene, særlig når det er snakk om til dels smertefulle eller atferdsterapeutiske behandlingsopplegg. Selv om foreldrene både i LP og PCI har en slags trenerrolle, er det i PCI ikke barnet som «trenes», men heller foreldrene. Man må imidlertid være klar over denne problemstillingen dersom det er nødvendig med mer direkte tiltak. Til tross for at LP bygger på en atferdsterapeutisk tilnærming og således kan omfattes av Sætersdal et al. (2008) sin bekymring, er det et grunnleggende prinsipp at barna ikke skal oppleve de verbale responsene som belastende, jf. (Harrison & Onslow, 2010).

4.2 Hva er et godt samarbeid?

Det er fagpersonens ansvar å få i gang et godt foreldresamarbeid (Bø, 2002), og i likhet med Sætersdal et al. (2008) viser hun til grunnleggende elementer i et godt samarbeid med foreldrene. Som fagperson skal man anerkjenne foreldrenes kompetanse på eget barn og hjelpe dem med å sette ord på denne tause kunnskapen. Fagpersonen må også være bevisst sine holdninger og verdier, og kunne reflektere over egen praksis. I tillegg til dette peker Sætersdal et al. (2008) på at foreldrene må møtes med respekt og evne og vilje til å se ting med deres øyne, empati. Empati fremheves også av Rogers (1957). Også Egan (2010) trekker

frem respekt som viktig for relasjonen mellom fagperson og klient: "respect for clients is the foundation on which all helping interventions are built" (Egan, 2010, s. 42). Man må eksempelvis vise respekt for foreldrenes hverdag og praktiske rammebetingelser de har (Bø, 2002).

I hjelpeprosesser er det viktig at foreldrene opplever arbeidet som meningsfullt (Bø, 2002). Her kan den profesjonelles kommuniserte forståelse av foreldrene, bekreftelse av deres oppfatninger og erfaringer, samt nytolking av disse, være viktig for fremdriften i prosessen. De må også oppleve å ha en reell innflytelse på behandlingsprosessen. Her må fagpersonen hjelpe foreldrene til å bli mer bevisst sitt barn og dets behov, samtidig som man oppgir noe av sin egen kontroll, jf. myndiggjøring. Sett i sammenheng med PCI vil både «mening» og «innflytelse» være viktige elementer for logopeden å ta hensyn til.

4.3 Spesifikke utfordringer i PCI

Utfordringer knyttet til foreldrenes rolle og deltakelse

Oppmøte hos logopeden

Dersom kun én forelder kommer til øktene hos logoped, er det viktig å ta rede på hvorfor dette er tilfellet. Videre må man forsikre foreldrene om at deres deltakelse er viktig for behandlingsresultatet (Kelman & Nicholas, 2008).

Barnet vil ha foreldrenes oppmerksomhet

Når man går gjennom interaksjonsvideoene med foreldrene, kan det være et problem at barnet ønsker foreldrenes oppmerksomhet. En løsning kan her være, forutsatt at det er to foreldre med, at den ene leker med barnet mens den andre samtaler med logopeden. Barnet kan også belønnes for å la de voksne snakke ferdig. Det kan også være et scenario at foreldrene synes det er ubehagelig å snakke om stammingen mens barnet er i samme rom. I slike tilfeller kan logopeden vurdere om man skal ta en samtale med foreldrene uten at barnet er tilstede (Kelman & Nicholas, 2008).

Utfordringer i forbindelse med interaksjons- og familiestrategier

Allerede i kartleggingen har logopeden identifisert interaksjonsstrategier som kan være relevante for den enkelte forelder (Kelman & Nicholas, 2008). Det er imidlertid et poeng at foreldrene selv skal finne disse. At de kanskje finner andre mål enn hva logopeden har funnet, anses ikke som problematisk, da bruk av én strategi ofte medfører at man også berører de øvrige. Det kan også være at én forelder oftere skifter interaksjonsmål enn den andre. Dette er normalt, men logopeden bør unngå rivalisering mellom foreldrene. Det kan imidlertid være slik at noen foreldre i det hele tatt har vanskelig for å se hva de gjør bra i interaksjonen med sitt barn. Logopeden må her finne en måte å snu det negative til noe positivt (Kelman & Nicholas, 2008).

Også spesialtidene kan innebære utfordringer med tanke på samarbeidet mellom foreldre og logoped, for eksempel ved at foreldrene ikke gjennomfører det antall man avtalte, at de varer for lenge eller er lagt til uegnede situasjoner. For logopedens del kan det være aktuelt å «utforske» problemet sammen med foreldrene. Det kan også være at foreldre ikke sender inn arbeidsarkene hvor de skriver om spesialtidene de har gjennomført, samt ros-skjemaet der de skriver hva de har berømt barnet for, hvordan de gjorde dette og hvordan barnet reagerte.

Utfordringer knyttet til familiens livssituasjon

Ideelt sett skal begge foreldrene delta i behandlingen, men ved samlivsbrudd og eventuelle konflikter kan det være aktuelt å ha ulike oppmøtetider for foreldrene. I noen tilfeller kan det også være aktuelt å gjennomføre behandlingen med andre familiemedlemmer, for eksempel nye samlivspartnere eller besteforeldre (Kelman & Nicholas, 2008).

Om man gjennomfører behandlingen med familier med en annen kulturell bakgrunn, kan det være viktig å innhente informasjon om den aktuelle kulturen, for eksempel relatert til foreldreroller (Kelman & Nicholas, 2008). I enkelte kulturer kan man ha en annerledes interaksjon og kommunikasjon med barn, noe som blant annet kan bli synlig i lek. Om foreldrene vanligvis ikke leker med barna, kan det være nødvendig å heller ha en orientering mot konkrete leketøy, fremfor lek som bygger på fantasi. Det anbefales også at foreldrene snakker med barnet på sitt morsmål når man arbeider med interaksjonsstrategier (Kelman & Nicholas, 2008). Dette åpner for behov for tolketjeneste.

5 Metode og forskningsprosess

Det blir i dette kapittelet redegjort for valg av forskningstilnærming og metode, samt forskningsprosessen. Jeg gjør her rede for prosessen knyttet til utvalg, utarbeiding av intervjuguide, gjennomføring av intervjuene og den senere analysen. Deretter vil oppgavens reliabilitet og validitet bli drøftet. Avslutningsvis gjøres en redegjørelse og drøfting knyttet til etiske forhold.

5.1 Forskningstilnærming og metode

Denne undersøkelsen har benyttet en kvalitativ forskningstilnærming, hvilket innebærer å utvikle forståelsen av hvordan personer opplever bestemte fenomener (Dalen, 2011). Med en fenomenologisk tilnærming til datamaterialet forsøker man å belyse en persons subjektive opplevelse av et gitt fenomen, og hvordan deres sosiale virkelighet er konstruert (Dalen, 2011; Gall, Gall, & Borg, 2007). Tilnærmingen er spesielt egnet når man ønsker å forstå sosiale fenomener ut fra aktørers egne perspektiver (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). Dette er ikke nødvendigvis den objektive virkelighet. Denne tilnærmingen var hensiktsmessig for min problemstilling, da jeg ønsket å ta rede på logopeders erfaring med foreldresamarbeidet i PCI. Videre valgte jeg semistrukturert intervju som forskningsmetode.

Kvantitativ forskning legger i større grad vekt på standardiserte tilnærminger til datainnsamling og analyse, mens kvalitative metoder gir rom for improvisasjon og personlige valg fra forskeren (Befring, 2007). Dette bidrar imidlertid til at kvalitativ forskning er vanskelig å etterprøve ettersom metodiske valg ofte er tatt på forskerens subjektive grunnlag (de Vaus, 2002). Denne subjektiviteten kan også påvirke hvordan forskeren tolker datamaterialet (Dalen, 2011). Kvalitativ forskning er derimot mer egnet til å forstå atferd i en bredere kontekst (de Vaus, 2002). Selv om resultatene har en naturlig svakhet når det kommer til generalisering, kan de ses som forslag til hvordan et fenomen kan forstås. Anvendeligheten av disse «tilstandsbildene» eller «forståelsesmodellene», bestemmes av hver enkelt leser (Andenæs, 2000).

5.1.1 Det kvalitative forskningsintervjuet

Intervju er mye benyttet innenfor en kvalitativ forskningstilnærming og beskrives som en samtale hvor kunnskap konstrueres i samspill mellom intervjueren og den som intervjues (Kvale et al., 2009). Dets formål er å fremskaffe fyldig og utfyllende informasjon om hvordan noen opplever bestemte fenomener (Dalen, 2011). ”Hvis du vil vite hvordan folk opplever verden og livet sitt, hvorfor ikke bare spørre dem?” (Kvale et al., 2009, s. 19).

Intervjuet kan være strukturert ved at intervjueren stiller faste spørsmål og svarkategorier, men kan også ha form som en uformell samtale (Befring, 2007; Dalen, 2011). Hvordan forskeren konstruerer sin intervjuguide må gjøres ut fra hva som er mest hensiktsmessig for å belyse det aktuelle temaet (Dalen, 2011). Jeg har da valgt å ha en rekke faste spørsmål, men ikke svarkategorier. Slik kan den kalles semistrukturert eller halvstrukturert (Befring, 2007). Dette gir intervjuet også den egenskap at den kan foregå som en samtale, fremfor en form for «utspørring». Informantene står da forholdsvis fritt til å formidle det de føler er viktig. Dette kunne vært vanskeligere om man hadde brukt et spørreskjema med lukkede svarkategorier, eller et sterkt strukturert intervju. Slik vil et semistrukturert intervju lede informanten til å si noe om bestemte temaer, men ikke bestemte meninger knyttet til dem (Kvale et al., 2009). Ved å velge denne metoden kan jeg oppdage nyanser som kanskje ikke ville blitt synlige i et spørreskjema eller intervju med lukkede svarkategorier (Kleven, 2002). Ved bruk av intervju trenger man heller ikke bekymre seg for at spørsmålene åpner for et ja / nei svar. Skulle informanten svare svært begrenset, kan intervjueren raskt følge opp spørsmålet. Slik opplever jeg metoden hensiktsmessig for å få kunne fordype meg i informantenes erfaringer. Jeg mister imidlertid muligheten til å generalisere mine resultater, jf. (de Vaus, 2002).

I kvalitativ forskning er intervjueren forskningsinstrumentet og vedkommende bør følgelig beherske sentrale ferdigheter for å oppnå god intervjukvalitet (Kvale et al., 2009).

Intervjueren bør ha god kunnskap om temaet det forskes på, stille lett forståelige spørsmål og la informantene fortelle i sitt eget tempo. Man bør lytte til det som sies og hjelpe informanten med å uttrykke sine budskap (Kvale et al., 2009). Her er det viktig å ikke bare legge merke til *hva* som sies, men også *hvordan* det sies. En må også være fleksibel og følge informantens initiativ i samtalen, men også kunne lede vedkommende tilbake til temaet. Også selve intervjuguiden er viktig for intervjukvaliteten (Dalen, 2011). Spørsmålene bør være klare og ikke lede informanten mot å svare noe bestemt. Det vil være hensiktsmessig å gjennomføre ett

eller flere prøveintervjuer for å teste intervjuguiden, men også seg selv som intervjuer (Dalen, 2011).

5.2 Forskningsprosessen

5.2.1 Utvalg

Målpopulasjonen, det vil si alle de personene man egentlig ønsker å si noe om (Lund, 2002), er i min studie alle logopeder som er PCI-sertifiserte. Ettersom det er vanskelig å trekke et utvalg fra alle PCI-sertifiserte logopeder, kan man snakke om den «tilgjengelige populasjonen» (Lund, 2002). Dette er den populasjonen man faktisk trekker utvalget fra. Da PCI synes å være lite utbredt blant norske logopeder, er nærmeste populasjon svenske logopeder. Ved å trekke et utvalg forsøker man å oppnå denne populasjonen i miniatyr (Befring, 2007). Dette muliggjør at konklusjoner som er gyldige for utvalget også er gyldige for populasjonen, altså at man kan generalisere sine resultater. Hvordan man trekker dette utvalget, vil ha direkte innvirkning på hvorvidt våre slutninger kan generaliseres til populasjonen. Da denne studien ikke trekker utvalg etter en standardisert metode slik tilfellet ville vært for en kvantitativ studie, kan ikke slutninger om mitt utvalg nødvendigvis overføres til populasjonen. Utvalget må følgelig omtales som «formålstjenelig», da utvelgingen skjer på bakgrunn av forskerens skjønn (Befring, 2007). I et formålstjenelig utvalg kan forskeren selv velge informanter man tror vil speile populasjonen.

I Sverige ligger stammebehandling innunder helsevesenet (svensk: sjukvård) (Samuelsson & Nettelbladt, 2008). Logopedene er primært ansatt på utvalgte sykehus med «logopedmottagning», men er også å finne i andre kommunale virksomheter (Lindström, 2008). Logopedmottagninger kan også driftes i privat regi. Jeg besluttet derfor å finne informanter på ulike logopedmottagninger. For å gå videre med denne prosessen var jeg nødt til å sette noen kriterier som potensielle informanter måtte oppfylle for å bli en del av utvalget.

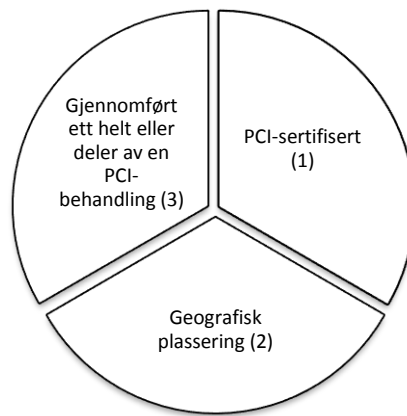


Fig.4. Utvalgskriterier.

Slik kan man også si at utvalget er et «kriterieutvalg». Potensielle informanter måtte være PCI-sertifisert og ha arbeidsplasser forholdsvis nære hverandre, slik at jeg kunne drive oppsøkende intervjuer. Jeg satt også et krav om at informanter måtte ha gjennomført minst ett helt eller en delvis PCI-behandling. Jeg valgte å sette en forholdsvis lav terskel for antall gjennomførte behandlinger, nettopp fordi det også ville være interessant å vite hvorfor noen eventuelt ikke brukte PCI eller kun deler av det. På en interesseside for stamming fant jeg en oversikt over svenske, PCI-sertifiserte logopeder. Jeg har ingen garantier for at denne listen var komplett. Videre fant jeg 9 logopeder innenfor ett geografisk område. Deretter sendte jeg ut e-post med forespørsel om de kunne tenke seg å delta i min studie. Jeg fikk respons fra 5 logopeder. Samtlige tilfredsstilte også mitt siste kriterium om å ha gjennomført én hel eller deler av en PCI-behandling. 1 logoped hadde ikke mulighet til å stille til intervju i den perioden jeg kom til Sverige. Jeg fikk imidlertid kontakt med 1 logoped gjennom en annen informant. Utvalg endte da på 5 logopeder. At jeg fikk en informant gjennom tips fra en av mine informanter, innebærer at jeg også har benyttet «kumulativ utvelging», altså at utvalget naturlig har forstørret seg selv (Befring, 2007). Da de 5 logopedene var positive til å delta som informanter, sendte jeg ut informasjonsskriv og samtykkeskjema. Videre avtalte vi intervjutidspunkt. 1 uke før hvert planlagte intervju, sendte jeg ut en påminnelse over e-post.

Informasjon om informantene

Gjennomsnittlig hadde informantene 10 års erfaring som logopeder, men dette varierte mellom 3 og 14 års erfaring. Samtlige hadde arbeidet som logopeder siden de var ferdig utdannet og alle hadde arbeidet med stamming siden dette. Samtlige gav uttrykk for at de behandlet personer i alle aldre, men at de fikk flest henvendelser på førskolebarn.

Jeg vil videre vise til følgende forkortelser for de ulike informantene:

Informant A	Offentlig logopedmottagning
Informant B	Privat logopedmottagning
Informant C	Offentlig logopedmottagning
Informant D	Offentlig logopedmottagning
Informant E	Offentlig logopedmottagning

Det varierte hvor informantene hadde tatt PCI-sertifiseringen, men majoriteten hadde tatt den i forbindelse med at kursholdere fra Michael Palin senteret har holdt kurs i Sverige. 4 av informantene hadde utført én eller flere PCI-økter den siste måneden. Det var imidlertid over ett år siden informant D hadde gjennomført en behandling. Alle hadde også sertifisering i «The Lidcombe Program for Preschool Children Who Stutter». I intervjuet med informant E fikk jeg rede på at flere logopeder innenfor det geografiske området hadde arrangert en rekke «workshops». Her hadde man drøftet eventuelle spørsmål man måtte ha til behandlingen. Informanten sa også at mange av de problemstillingene som ble drøftet der, liknet spørsmålene i mitt intervju.

5.2.2 Intervjuguide

Min intervjuguide er delt inn i 4 områder med tilhørende hovedspørsmål. Disse har en rekke «underspørsmål» som kan brukes om informanten ikke kommer inn på disse momentene selv. Spørsmålene er lagt opp etter «traktprinsippet», som går ut på at man innleder og avslutter med spørsmål som ikke direkte går inn i problemstillingen (Dalen, 2011). Dette bidrar til at intervjuet innledes på en måte som får informanten til å slappe av og føle seg komfortabel, samt føle at intervjuet avrundes på en god måte.

I del 1 blir informantene spurt om bakgrunnsinformasjon, som for eksempel hvor lenge man har arbeidet med stamming, når man sertifiserte seg i PCI, når man gjennomførte siste PCI-behandling og hvilke andre behandlingsprogrammer / behandlingstilnærminger som tilbys på den respektive logopedmottagning. Dette kan være viktig informasjon for den senere analysen. I del 2 omhandler spørsmålene hva logopedene vurderer før man eventuelt velger å

bruke PCI som tilnærming. Dette griper ikke direkte inn i hovedproblemstillingen, men kan være viktig for å si noe om foreldrenes bevisste og ubevisste innflytelse på behandlingsvalg.

Del 3 omfatter spørsmål knyttet til deres opplevelse av foreldresamarbeidet. Intervjuguiden avrundes med del 4, hvor det spørres etter logopedenes erfaringer med behandlingsprogrammets styrker og svakheter, samt deres opplevelse av dets effekt.

5.2.3 Pilotintervjuer

Jeg gjennomførte 2 pilotintervjuer før møtet med de svenske informantene. Første pilotintervju var med en medstudent, mens det andre intervjuet var med en logoped. Ingen av disse hadde inngående kjennskap til PCI, men logopeden hadde erfaring med stammebehandling. Da prøveinformantene ikke hadde særlig kjennskap til PCI, var ikke målet å få mange tilbakemeldinger på det rent teoretiske, men heller intervjuguidens oppbygning og varighet, samt mine ferdigheter som intervjuer.

Ved gjennomføring av pilotintervjuene ble jeg klar over at lange spørsmålsformuleringer kunne medføre at informanten «glemte» spørsmålet. Som en følge av dette formulerte jeg en rekke spørsmål enklere kortere. Noen spørsmål ble flyttet til andre steder i intervjuguiden, mens noen ble fjernet da de ikke var relevante for problemstillingen. Jeg merket meg også at spørsmålene enkelte ganger kunne være noe «negativt orientert». Jeg risikerte da å utelukkende spørre om negative erfaringer knyttet til foreldresamarbeidet. Dette ble løst ved å «snu» noen av spørsmålene til å være formulert på en mer positiv måte. Da jeg ønsket å unngå misforståelser med de svenske logopedene, valgte jeg også å ha med en illustrasjon av «den multifaktoriske modellen». I pilotintervjuene erfarte jeg også at intervjuets første spørsmål i del 1 som spør etter logopedenes bakgrunnsinformasjon, var mer åpent enn hensiktsmessig, da prøveinformantene brukte svært lang tid på å besvare dette. Jeg valgte derfor å stille mer konkrete spørsmål for å få den informasjonen jeg ønsket. Rent praktisk stilte jeg da ikke hovedspørsmålet, men underspørsmålene. Jeg fikk da ikke informasjon som var irrelevant for den senere analysen.

Jeg gjorde meg også en rekke erfaringer om selve intervjusituasjonen, blant annet viktigheten av å notere underveis. Dette er et viktig hjelpemiddel for å være fleksibel nok til å følge informantens initiativ uten at man mister oversikt over intervjuguiden. Motsetningen er at man nærmest slavisk følger intervjuguidens progresjon. Jeg merket meg også at jeg ofte

kunne være for rask med å stille underspørsmålene. Dette kan være negativt ettersom man ønsker spontane svar fra informantene. I det andre pilotintervjuet opplevde jeg å i større grad lytte til og forfølge informantens budskap, men også være mer fleksibel og kunne følge informantens eget initiativ.

5.2.4 Gjennomføring av intervjuer

Intervjuene ble gjort over tre dager og fant sted på logopedenes arbeidsplasser. Hvert intervju tok gjennomsnittlig 45 minutter å gjennomføre. Det lengste intervjuet varte i 60 minutter, mens det korteste hadde en varighet på 35 minutter. Før intervjuene startet fikk informantene informasjon om anonymitet, forventet prosjektslutt og hva som skulle skje med data etter prosjektslutt. Samtlige skrev under på samtykkeerklæringen og samtykket også til at det ble gjort lydopptak.

Jeg opplevde at intervjuguiden fungerte bra. Dette kan skyldes at jeg gjennomførte 2 pilotintervjuer og således fikk gjort endringer før møtet med de svenske informantene. Jeg valgte å ikke bruke en av de svenske logopedene som prøveinformanter, da jeg ønsket så mange informanter som mulig. Det viste seg imidlertid å være noen vanskeligheter med å forstå norske ord. Dette var særlig problematisk for spørsmålet *”har foreldrenes personlighet og væremåte noen betydning for om du velger å starte PCI?”*. Begrepet *”foreldresamarbeid”* var heller ikke ensbetydende med samarbeidet mellom logoped og foreldre, men kunne også forstås som samarbeidet mellom foreldrene selv. Slike misforståelser måtte oppklares underveis ved at jeg reformulerte spørsmålene. Dette kan ha medført utfordringer knyttet til reliabilitet og kunne vært unngått om jeg hadde brukt en av de svenske informantene i et tredje pilotintervju.

Jeg opplevde selv å følge informantenes initiativ i samtalen. Å notere fortløpende var da et viktig hjelpemiddel for å ikke miste oversikten over intervjuguiden. Dette bidro også til en god flyt i samtalen. Jeg brukte også oppsummeringer underveis, slik at jeg fikk bekreftet mine fortløpende tolkninger av deres utsagn. Ved den senere transkripsjonen opplevde jeg derimot at informantene enkelte ganger kunne være vanskelige å forstå dersom de snakket raskt. Kanskje kunne jeg ha motvirket dette ved å snakke saktere selv, spesielt ettersom jeg reagerte på mitt eget raske taletempo.

5.2.5 Organisering og analyse

Intervjuene ble transkribert fra lydopptak innen én uke etter at de var utført. De ble transkribert i skriveprogrammet «Word» og senere importert til NVivo, et elektronisk analyseverktøy for kvalitative analyser. Denne prosessen gjør intervjusamtalene bedre egnet for den begynnende analysen (Kvale et al., 2009). I NVivo ble transkriberingene kodet, det vil si identifisert sentrale begreper og kategorier (Corbin & Strauss, 2008; Dalen, 2011). Jeg opplevde imidlertid at analysen begynte allerede under intervjuene og transkripsjonsfasen, ved at jeg dannet meg tanker om sammenhenger og nye spørsmål knyttet til informantenes budskap. Kodingsprosessen går ut på å feste «noder», det vil si merkelapper, til deler av informantenes utsagn (Dalen, 2011), og krever at man ser informantenes budskap mer overordnet og gir dem merkelapper på bakgrunn av hva de overordnet handler om. Begreper, også omtalt som konsepter (Corbin & Strauss, 2008), legges så under mer overordnede kategorier. I min presentasjon av datamaterialet har jeg valgt å vise til hoved- og underkategorier. I likhet med hovedkategoriene kan også underkategoriene være bestående av flere noder. Se vedlegg 4 for nodeliste med hoved- og underkategorier. ”A researcher can think of coding as ”mining” the data, digging beneath the surface to discover the hidden treasures contained within the data” (Corbin & Strauss, 2008, s. 66).

Kodingen har vært inspirert av Grounded Theory. Kjernen til Grounded Theory er å utlede teori fra det empiriske datamaterialet og at teorien slik «festes» i datamaterialet. De kategorier som utvikles i analysen, vil derfor være utledet av det konkrete datamaterialet forskeren besitter. Ettersom noen kategorier ikke har vært relevante for oppgavens problemstilling, har noen følgelig blitt forkastet. Dette gjelder blant annet «rammebetingelser» og «oversettelse av skjemaer». Grounded Theory-tilnærmingen har imidlertid et noe uavklart forhold til førforståelsen, da de to opphavspersonene var uenige om hvordan forskeren skulle forholde seg til denne. Det ble fra ett hold hevdet at forskeren skulle holde seg så objektiv som mulig når man «grunder» begreper og kategorier i datamaterialet, men fra et annet at forskeren kan ha egne tanker og ideer i møtet med datamaterialet (Dalen, 2011). Det er et spørsmål hvor realistisk det er at forskeren skal møte datamaterialet uten en førforståelse. Wormnæs (2013) hevder at forskeren alltid vil møte datamaterialet med en førforståelse, og at man heller må fokusere på at denne skal hjelpe forskeren forstå informantenes budskap dypere enn hva man ellers ville gjort. Førforståelsen kan imidlertid også betraktes som en trussel mot objektivitet, da objektivitet innebærer forskning som ikke er påvirket av egne personlige holdninger og

fordommer (Kvale et al., 2009). Begrepet åpner derimot også for objektivitet rundt egen subjektivitet (Kvale et al., 2009).

Jeg har kommet frem til følgende hoved- og underkategorier.

PCI som verktøy i stammebehandling	En grund att stå på	Foreldre som medbehandlere
<i>Bakgrunn for sertifisering</i>	<i>Kunnskap og förhållningssät</i>	<i>Samarbeidet med foreldrene</i>
<i>PCI sin plass i stammebehandling</i>	<i>Å trygge foreldrene</i>	<i>Deltakelse</i>
<i>Vurderinger rundt implementering av PCI</i>		<i>Myndiggjøring</i>

Hovedkategori 1 ”*PCI som verktøy i stammebehandling*” har fremkommet teoretisk da jeg konstruerte deler av intervjuguiden for å få spesifikt svar på dette. Hovedkategori 2 ”*En grund att stå på*” er fremkommet i møtet med datamaterialet. I tillegg til selve kategorien har jeg besluttet å forholde meg noen utvalgte svenske begreper, fremfor å oversette disse til norsk. Da mister jeg ikke meningsselementer i en eventuell oversettelse, og data fremstår mer festet til det originale datamaterialet. Hovedkategori 3 ”*Foreldre som medbehandlere*” har fremkommet både teoretisk, men også noe gjennom datamaterialet. Foreldresamarbeid var en naturlig del av hva denne kategorien skulle ta for seg, men underkategoriene har vært vanskeligere å komme frem til. Senest i skrivingen av resultatene, etter at kategoriene var «ferdig konstruert», ble de endret. Forståelsen av datamaterialet ble stadig utviklet i møtet med det. Slik kan prosessen minne om den hermeneutiske sirkel hvor forståelsen av helheten stadig utvikles i møtet med datamaterialet og åpner for en dypere forståelse av datamaterialet (Kvale et al., 2009).

5.3 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet

At arbeidsprosessen fremstår som transparent er viktig for undersøkelsens reliabilitet (Andenæs, 2000). Ved å tydeliggjøre sin analytiske fremgangsmåte stiller man også dette til rådighet for diskusjon og videre læring. Dette har vært et mål for meg gjennom denne arbeidsprosessen.

Reliabilitet handler om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet (Kvale et al., 2009). Dette handler om hvor sikre resultatene, hvilket ofte blir gjenstand for vurdering når man spør om resultatene kan reproduseres på andre tidspunkter eller av andre forskere, altså forskningens etterprøvbarehet. Dette kan også sies å være et spørsmål om forskningens målepresisjon (Befring, 2007). I kvalitativ forskning er det viktig å arbeide så reflektert som mulig, slik at resultatene blir pålitelige (Andenæs, 2000). Dette synes følgelig å være en form for reflektiv objektivitet der man tilstreber å være så objektiv som mulig over sin egen subjektivitet, jf. (Kvale et al., 2009).

Jeg har under hele prosjektet hatt en teoretisk forståelse av behandlingsprogrammet, da jeg selv er sertifisert. Om jeg ikke hadde hatt sertifiseringen, er det ikke sikkert intervjuguiden hadde blitt konstruert slik den ble. Jeg har imidlertid vært klar over min egen førforståelse av behandlingsprogrammet og opplever at den har vært en hjelp i både utarbeiding av intervjuguide og den senere analysen. Jeg har blant annet ønsket å utfordre mine teoretiske fordommer ved programmet og slik vært ydmyk til at teori kanskje ikke samstemmer med praksis. Kjennskap til behandlingsprogrammet var også en fordel i intervjusituasjonen, da dette gav meg mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål utover de underspørsmålene som allerede var en del av intervjuguiden. Dette kan imidlertid også være en ulempe når det kommer til etterprøvbarehet, siden slike oppfølgingsspørsmål ikke er å finne i intervjuguiden, men i transkripsjonene. Intervjuguidens oppbygning og valg knyttet til denne, er belyst i avsnitt 5.2.2. Se vedlegg 3 for intervjuguide.

Som nevnt i 5.2.4 var det enkelte ord som noen av informantene hadde vanskelig for å forstå, som gjorde at jeg måtte reformulere enkelte spørsmål. Det varierte hva i setningene som var vanskelig å forstå, og følgelig ble ikke alle reformuleringene like. Jeg opplevde imidlertid å få svar på det som var spørsmålenes intensjon. Dette er også en fordel ved intervju som metode,

da det åpner for å oppklare misforståelser og slik bli klar over momenter som kan være en reliabilitetsutfordring. Det er ikke sikkert man ville blitt klar over en potensiell svak målepresisjon om man hadde sendt ut et spørreskjema. Foruten dette, sitter jeg igjen med oppfatningen av at jeg oppførte meg ganske likt i møtet med de ulike informantene, men også at hovedspørsmålene ble stilt relativt likt hver gang. Det er imidlertid noen tilfeller der jeg måtte reformulere.

Reliabilitet er også aktuelt i transkriberingsfasen. Jeg har her transkribert så ordrett som mulig, men ettersom lydopptakene ble oversatt til norsk, kan ord og setningsoppbygging blitt endret. Etter at transkripsjonene var ferdige, sammenliknet jeg dem opp mot lydopptakene for å se om jeg hadde utelatt eller tilført noe. Utsagn som skulle brukes som sitater ble derimot oversatt tilbake til svensk og sjekket opp mot de respektive lydopptak slik at de skulle være oversatt så likt som mulig. Lydopptakene holdt også en god kvalitet slik at transkripsjon var forholdsvis uproblematisk. Noen steder kunne jeg imidlertid ha noe vanskelig med å oversette informantens utsagn. Dette var spesielt tilfelle dersom man snakket raskt eller hadde mange revisjoner av ytringene. Dette problemet var primært på ordnivå, slik at jeg da støttet meg på meningskontekst.

Forskeren møter datamaterialet med en førforståelse, hvilket fremgår av Wormnæs (2013). Min førforståelse er blant annet bestående av en teoretisk forståelse av behandlingsprogrammet, men også personlige meninger knyttet til det. Som nevnt har jeg imidlertid forsøkt å forholde meg reflektert til at denne kunnskapen kan påvirke meg som måleinstrument. Selv om jeg på forhånd for eksempel var mer positiv til PCI enn til LP, hindret ikke dette meg i å utfordre min oppfatning av dette. Også i tolkningen av informantens budskap kan en slik førforståelse gjøre seg gjeldende ved at informantens utsagn tolkes i lys av min førforståelse. Jeg har, som nevnt, vært bevisst på å ikke søke etter å bekrefte mine egne oppfatninger. Det kan derimot også være tilfellet at førforståelsen har bidratt til «tykkere beskrivelser», hvilket betyr at forskerens egne tolkninger av noe, tas med i informantens beskrivelser og tolkninger (Dalen, 2011). Dette betyr at analysen har tatt noe fra et beskrivende til et fortolkende nivå. Kanskje ville tolkningene av informantens utsagn vært annerledes om de ble gjort av en som ikke er sertifisert i behandlingen. Jeg har imidlertid forsøkt å tydeliggjøre hvilke utsagn som ligger til grunn for en overordnet analyse, og slik synliggjøre mine analytiske grep.

Validitet

Validitet handler om måling og om man har målt det man planla å måle (de Vaus, 2002; Kvale et al., 2009), men også *hvordan* vi anvender det vi har målt (de Vaus, 2002). Validitet kan altså sies å handle om troverdigheten til våre slutninger. I samfunnsvitenskapene dreier dette seg ofte om en metode er egnet til å undersøke en gitt problemstilling. Det vil si, hvorvidt metoden egner seg til å finne svar på det en ønsker å finne ut (Kvale et al., 2009).

Maxwell (1992) har utformet 5 validitetsmål. Jeg vil her vise til 4 av disse, da jeg vurderer disse relevante for min studie.

Deskriptiv validitet

Deskriptiv validitet er den grunnleggende validitetsformen og handler om forskerens redegjørelse av metodisk tilnærming, hvordan datamaterialet er samlet inn og tilrettelagt for tolkning og analyse (Maxwell, 1992). I oppgavens metodedel har jeg forsøkt å gjøre metodiske valg og selve gjennomføringen så transparent som mulig, blant annet knyttet til utarbeiding av intervjuguide, gjennomføring av intervju og transkriberingen.

Tolkningsvaliditet

I møtet med datamaterialet søker forskeren etter en indre sammenheng, og gjennom denne tolkningsprosessen utvikles en dypere forståelse av fenomenet som studeres (Dalen, 2011). Utgangspunktet for denne analysen er informasjonen gitt av informantene i intervjuet. Således er en sterk tolkningsvaliditet avhengig av god deskriptiv validitet. Forskeren må videre synliggjøre hvordan man har gått frem i sine tolkninger og analyse. Følgelig må man vise hvordan kategorier har blitt konstruert og hvordan dette passer inn i en helhetsforståelse av fenomenet. Det kan være vanskelig å vite hvordan en skal tolke et utsagn fra en informant, og det kan hende at man tolker noe feil. Her er det viktig å se det konkrete utsagn opp mot en helhet, eksempelvis utsagn av øvrige informanter. Rike og fyldige beskrivelser fra informantene vil også være viktig når man skal tolke et utsagn. Ved å primært benytte åpne spørsmål har informantene svart med spontane svar uten at jeg har gravd videre i svaret. Først når informantene opplever at de har svart det de mener er relevant, har jeg stilt eventuelle oppfølgingsspørsmål. Her kan også min førforståelse ha virket positivt inn ved at jeg har hatt mulighet for å stille spørsmål som man kanskje ikke ville stilt om en ikke selv var sertifisert i

behandlingsprogrammet. Små oppsummeringer underveis i intervjuet har bidratt til at jeg har fått «kontrollert» mine fortløpende tolkninger.

I avsnitt 5.2.5 har jeg synliggjort hvordan de respektive kategoriene har blitt til. Her viste jeg til at ikke alle var utledet av datamaterialet, men at hovedkategori 1 *”PCI som verktøy i stammebehandling”* ble utledet av min førforståelse, hvilket til en viss grad også gjelder hovedkategori 3 *”Foreldre som medbehandlere”*. For å ikke legge ensidig vekt på én informants budskap, har jeg sett budskap opp mot hverandre. Slik er tolkninger gjort mot en helhet i datamaterialet, hvilket styrker tolkningenes validitet. Således har jeg også synliggjort den enkelte «tolkningsbakgrunn».

Teoretisk validitet

Teoretisk validitet handler om hvorvidt de begrepene, mønstrene og modellene forskeren benytter, gir en teoretisk forståelse av fenomenet som studeres (Dalen, 2011). En sterk teoretisk validitet krever at datamaterialet er bearbeidet, tolket og analysert på en egnet måte (Dalen, 2011), men også at sammenhenger kan dokumenteres i datamaterialet og forskerens tolkninger. Jeg opplever at sammenhenger og mine tolkninger rundt dette er gjort tydelig i oppgavens presentasjon og drøfting av resultater.

Teoretisk validitet kan altså sies å omfatte hvorvidt den teoretiske referanserammen som er benyttet, belyser informantenes svar. Intervjuguiden er primært konstruert ut fra PCI-manualen (Kelman & Nicholas, 2008), men også to relevante effektstudier (Millard et al., 2009; Millard et al., 2008), samt teori på «Lidcombe» og «Stuttering Prevention and Early Intervention» (Guitar & McCauley, 2010). Dette har vært et relevant grunnlag å basere den teoretiske rammen på og har vist seg å gi svar på min problemstilling. Jeg opplever følgelig den teoretiske validiteten som god.

Generaliserbarhet

Generalisering sier noe om hvorvidt forskeren kan generalisere sine funn til populasjonen som utvalget er trukket fra (Maxwell, 1992), altså den tilgjengelige populasjonen (Lund, 2002). Maxwell (1992) hevder at utvalget i kvalitative studier bør styres av «meningsfull» eller «teoretisk» utvelging, det vil si at forskeren velger informanter ut fra deres egenskaper og ikke med det formål at utvalget skal være representativt. Ofte vil dette innebære å søke etter maksimal variasjon, altså å velge informanter man tror vil være utfyllende i relasjon til

hverandre. For denne oppgavens vedkommende er det for eksempel 1 privatpraktiserende logoped og 4 som arbeider på offentlig logopedmottagninger. Dette kan gi utfyllende informasjon om fenomenet, dersom det oppleves noe ulikt avhengig av hvordan logopedmottagningen driftes. Det er imidlertid også nyttig informasjon om fenomenet ikke oppleves ulikt avhengig av om informanten arbeider ved en privat eller offentlig logopedmottagning.

Med et utvalg bestående av 5 logopeder, er det ikke hensiktsmessig eller faglig riktig å skulle generalisere. Jeg ser det heller slik at jeg tilbyr et «tilstandsbilde», et forslag til hvordan noe kan betraktes (Andenæs, 2000). Hadde utvalget vært større er det naivt å hevde at resultatene ville vært de samme. Antakelig er bildet mer nyansert enn hva mine resultater tilsier. Allikevel er dette «virkeligheten» for mine informanter og slik har det potensialet til å være virkeligheten også for andre logopeder som driver PCI-behandling. Slik sett anser jeg undersøkelsens resultater som interessante og nyttige for logopeder som arbeider med PCI, både erfarne og uerfarne.

5.4 Etiske refleksjoner

Forskning med intervju som metode har mange etiske spørsmål, da det menneskelige samspillet i intervjusituasjonen, og kunnskapen som produseres i dette samspillet, påvirker vårt syn på andre menneskers situasjon (Kvale et al., 2009). Av denne grunn stiller samfunnet krav om at all forskning skal reguleres i overordnede etiske prinsipper (Dalen, 2011). Noen av de kanskje viktigste prinsippene i forskning som baserer seg på informanter, er krav om informert og fritt samtykke, samt krav om konfidensialitet. Kravet om konfidensialitet handler om at det ikke skal publiseres informasjon som kan skade informantene (Dalen, 2011). I informasjonsskrivet ble det understreket at informantene selv bestemte om de ville bli intervjuet og at de når som helst kunne trekke dette samtykket uten å oppgi noen årsak til dette. Det fremgikk også at de ville være anonyme i presentasjonen av resultatene. Av prosjektgodkjenning fremgikk det også at indirekte personidentifiserende opplysninger ikke skulle presenteres på en måte som kunne gjøre informantene identifiserbare. Jeg har derfor unngått en slik sammenstilling av indirekte personopplysninger og kun sagt om de arbeider ved en offentlig eller privat logopedmottagning.

Informantene fikk også informasjon om undersøkelsens formål og hva som ville skje med informasjon knyttet til dem, for eksempel lydopptak. Tilstrekkelig informasjon fremheves som et viktig etisk prinsipp (NESH, 2006). ”De som er gjenstand for forskning, skal få all informasjon som er nødvendig for å danne seg en rimelig forståelse av forskningsfeltet, av følgene av å delta i forskningsprosjektet og av hensikten med forskningen” (NESH, 2006, s. 12). Samtykkeerklæringen ble underskrevet da jeg møtte den enkelte på de respektive arbeidsplasser. Før selve intervjuet startet ble det gjentatt hva som ville skje med informasjon tilknyttet informantene, og de ble spurt om det var greit å ta lydopptak fra intervjuet. Samtlige aksepterte dette.

Ettersom min studie kom til å samle inn visse personopplysninger, var det meldepliktig til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Prosjektet ble meldt til NSD 02.12.2013 og godkjent 19.12.2013. Se vedlegg 1 for prosjektgodkjenning.

Et etisk prinsipp jeg var spesielt oppmerksom på underveis i prosjektet var «hensynet til en tredjepart». ”Forskeren bør vurdere og foregripe virkninger på tredjepart som ikke er direkte inkludert i forskningen” (NESH, 2006, s. 16). Dette innebærer at man ikke skal eksponere personer som ikke direkte intervjues, men som allikevel kan være gjenstand for samtalen (NESH, 2006). For denne studien innebærer det å ikke eksponere familier som var, eller hadde vært til behandling hos den aktuelle logoped. Jeg var derfor klar på at dersom slike opplysninger fremkom gjennom intervjuene, skulle ikke disse presenteres, såfremt de ikke ble tilstrekkelig anonymisert. Dette viste seg imidlertid ikke å være noe problem, primært fordi logopedene selv var anonymiserte, men også fordi de selv omtalte kasus i grove trekk. Jeg har for øvrig forholdt meg til de resterende etiske prinsippene som vises til av NESH (2006).

Som forsker har jeg også ansvar for at resultatene i undersøkelsen ikke fremstilles på en misvisende måte (NESH, 2006). Jeg har vært nøye med å påpeke at mine resultater ikke kan generaliseres til en større populasjon, og etterstrebet pålitelige tolkninger av informantenes utsagn. Jeg har også synliggjort min egen faglige bakgrunn og hvordan min førforståelse ubevisst kan ha påvirket forskningsresultatene. Slik opplever jeg å ha forholdt meg objektiv til egen subjektivitet, jf. Kvale et al. (2009).

Det var oppløftende da flere opplevde mine spørsmål som nyttige for dem selv. Slik opplever jeg at intervjuene ikke bare var til nytte for meg selv, men også for dem som satt av tid til å treffe meg.

6 Presentasjon og drøfting av resultater

Gjennom teori og analyse har jeg kommet frem til tre hovedkategorier:

PCI som verktøy i stammebehandling. Avsnittet tar for seg hvorfor logopedene har sertifisert seg i bruk av PCI og hvordan behandlingen anvendes i den «stammelogopediske verktøykassen». Det blir også vist til logopedenes vurderinger for valget mellom PCI, LP og mer direkte behandling. I denne vurderingen trekker de også inn målsetningene til PCI og LP, og deres effekt på stammefrekvens og alvorlighet. Informantene bruker ofte LP som sammenlikningsgrunnlag med PCI. Forholdet mellom disse to behandlingsprogrammene har følgelig fått stor plass i dette delkapitlet, men også i presentasjonen av resultatene generelt.

En grund att stå på. Det blir her gått dypere inn i effekt-begrepet og avsnittet omhandler i stor grad behandlingens mål og effekt utover å senke stammefrekvens og dens alvorlighet. Dette er elementer som begrunner valg av PCI som behandlingsprogram, men viser også behovet for foreldreinvolvering og samarbeid i behandlingen.

Foreldre som medbehandlere. Denne hovedkategorien er delt inn i tre underkategorier og omfatter samarbeidet mellom logoped og foreldrene, forhold som påvirker foreldrenes deltakelse, samt myndiggjøringsprosessen der foreldrene blir ansvarliggjort i behandlingen. Her handler det ikke om hvorvidt disse forholdene er avgjørende for om man velger å starte PCI eller hvordan det implementeres, men hvordan de kan påvirke behandlingsprosessen.

6.1 PCI som verktøy i stammebehandling

Bakgrunn for sertifisering. Dette avsnittet tar for seg årsakene til at informantene valgte å sertifisere seg i bruk av PCI.

PCI sin plass i stammebehandling. PCI blir her sett opp mot LP og stammemodifiserende behandling. Informantene sier her noe om når man velger å bruke PCI, hvilket ofte blir sett opp mot LP. Dette avsnittet har et underavsnitt som tar for seg behandlingens målsetning og effekt på stammefrekvens og alvorlighet.

Vurderinger rundt implementering av PCI. I intervjuene fremkom en rekke forhold som ikke er avgjørende for valget om å starte PCI eller ikke, men som allikevel kan påvirke hvordan behandlingen blir implementert. Viktige momenter er her kultur, språk og familiens livssituasjon.

6.1.1 Bakgrunn for sertifisering

Samtlige informanter er sertifisert i bruk av PCI og majoriteten tok denne i Sverige. B sertifiserte seg da vedkommende opplevde at det ikke gav ønskede resultater at logopeden arbeidet med barnet uten at foreldrene ble involvert. Dette kan tolkes slik at logopedrollen tidligere var mer «ekspertpreget» og at foreldreinvolveringen bar preg av veiledning og å se foreldre som klienter, jf Yairi og Ambrose (2005). C sa ikke noe direkte om mangelfulle resultater, men la vekt på at PCI har endret stammebehandlingen fra slik den var før PCI ble et alternativ. C viser her til noen råd som «alltid gis til foreldre».

(...) de här råden som vi alltid ger... PCI är jo verkligen en fördjupning av dem råden ved att man verkligen ser till... istället för att man ger ett papper och säger "gör så här", så följer man och ser att man verkligen gör på det här viset, och det känns väldigt, väldigt bra tycker jag. Händfast. (C)

Det er usikkert hva disse rådene innebærer, men det kan tenkes at det refereres til råd ofte gitt i forbindelse med indirekte behandling, muligens knyttet til «kapasitet og krav» modellen. Dette kan være tilfellet ettersom PCI på et visst plan bygger på denne modellen, slik det fremgår av Onslow og Millard (2012). Linje 3 og 4 kan tolkes som at selve arbeidsformen i PCI medfører økt foreldreinvolvering, men også økt «overvåkning» fra logopedens side. Logopeden vil eksempelvis se foreldrenes anvendelse av målatferd i videosnuttene og ha oppfølging i hjemmeperioden, slik det vises til av Kelman og Nicholas (2008). På linje 4 kan man merke seg at C bruker begrepet «händfast». Det er uklart hva som menes med dette, men kanskje kan det ses i lys av begrepet «struktur».

Jag hade jo läst om metoden så, tyckte att det verkade vara en väldigt smart sett att jobba på, liksom få mer struktur på dem här råden som vi hade gett till föräldrar innan också. Och... ja, just att det hade forskats på metoden, att det fanns en studie eller ett par studier der man hade följt upp resultaten och så. (E)

Også E påpeker at PCI har endret den tidligere behandlingsskonsensus, men at man ikke har gått vekk fra «rådene som gis». Disse har imidlertid fått mer struktur. Det virker altså som at tidligere råd gitt i forbindelse med en indirekte behandling, nå blir gitt i en tydelig «ramme».

På linje 1 kan det også tolkes som at E følte et behov for å sertifisere seg etter å ha lest om behandlingsprogrammet. På linje 3 og 4 nevnes også evidens som en viktig grunn til at behandlingsprogrammet virket interessant.

Av andre årsaker til at informantene valgte å sertifisere seg, nevnes også positive rykter fra kolleger, og at behandlingen er indirekte ved at man arbeider med barnets taleflyt gjennom foreldrene. PCI virker også å være en naturlig del av det svenske stammebehandlingstilbudet og følgelig ofte en nødvendig del av stammelogopedisk kompetanse. Det synes av denne grunn ikke til å være store motforestillinger mot et relativt svakt evidensgrunnlag. Man skal imidlertid huske at et svakt evidensgrunnlag ikke er ensbetydende med svak effekt. Det kan være flere årsaker til manglende evidens, blant annet at det ikke er utført nok eller god nok forskning (Haaland-Johansen, 2007). Dette kan være aktuelt for PCI sitt vedkommende, nettopp fordi behandlingen synes å være brukt i såpass stor utstrekning at det er rimelig å anta at det foreligger en evidens i den kliniske anvendelsen.

6.1.2 PCI sin plass i stammebehandling

I tillegg til å være sertifisert i bruk av PCI, er samtlige informanter også sertifisert i LP. De viser også til «stammemodifiserende behandling» eller «integrert tilnærming» som en del av sitt behandlingsrepertoar. De to sistnevnte innebærer å arbeide direkte med stammingen og C knytter dette til den direkte komponenten av PCI. Med integrert tilnærming trekkes det også inn arbeid med følelser og holdninger. Jeg tolker imidlertid stammemodifiserende behandling og integrert tilnærming som to begreper med tilnærmet likt meningsinnhold. Ettersom logopedene har flere behandlingsalternativer i sitt behandlingsrepertoar blir det et spørsmål om hvilke vurderinger som ligger til grunn for å anvende PCI som behandlingsprogram.

Når logopeden vurderer hvilken behandlingsform eller behandlingsprogram man ønsker å bruke, gir samtlige informanter uttrykk for at det først og fremst er alderen som er en klinisk markør for hvilke barn behandlingen er aktuell for. De fleste peker på 4 til 5 års alder som en veiledende grense for når man bør vurdere et annet behandlingsprogram enn PCI. Er barnet over 4 år er det mest aktuelt med LP eller stammemodifiserende behandling.

(...) så att det händer nesten aldrig att jag väljer Lidcombe först. Det är i så fall när barnen är stora när de kommer, om de är nesten 6, att det är lite bråttom med å starte Lidcombe. (E)

(...) om man jobbar med ett lite äldre barn som är i fem års åldern kanske, och som reagerar negativt på Lidcombe, då kan jeg gå över å jobba med PCI istället. Men för 4 års ålder så går jeg aldrig från... jeg veljer aldrig bort PCI som första alternativ så att säga. (B)

PCI kan også være et alternativ til LP, selv om informantene vanligvis ikke bruker PCI etter at barnet er omtrent 4 / 5 år. PCI kan også være et alternativ ved behandling av skolebarn, men da ikke som et behandlingsprogram.

Men jeg kan även arbeta inspirerad av PCI när det gäller barn i 7, 8 års ålder, eller jeg, altså, dem tankarna finns jo med i behandling även när det gäller äldre barn, för att omgivningens förhållningssett är så viktigt. (B)

I PCI-manualen fremgår det at behandlingsprogrammet kan brukes opp til 7 års alder (Kelman & Nicholas, 2008), men informantene synes å ha begrenset anvendelsen til barn i underkant av 5 års alder. Interessant nok er det ingen barn i de to effektstudiene gjort på PCI, som har med barn over 4,11 år i sine utvalg (Millard et al., 2009; Millard et al., 2008). På bakgrunn av dette kan man stille spørsmål ved evidensen for effekten behandlingen har på barn mellom 5 og 7 års alder. At behandlingsprogrammet skulle ha effekt på barn i dette aldersspennet, virker således være mer teoretisk.

Men hva er egentlig årsaken til at PCI iverksettes før LP? Verken Kelman og Nicholas (2008), Harrison og Onslow (2010) eller Onslow et al. (2003) sier noe om hvordan de to behandlingsprogrammene skal anvendes i relasjon til hverandre. Guitar (2014) knytter imidlertid PCI som behandlingsprogram opp mot «grensestamming», mens LP knyttes til «begynnende stamming». Dette kan tolkes som at Guitar (2014) anser PCI som et tidligere tiltak enn LP. Dette forholdet mellom PCI og LP synes også å være konsensus blant informantene.

Oftast så börjar vi med PCI, så det är inte så ofte jeg står innfor det valet, utan oftast så rekommenderar jeg PCI till å börja med och sen, om det inte räcker, så kan det hända att vi går vidare med stamningsmodifiering eller Lidcombe. Det har jo hänt nån

gång om det har varit nåt barn som har varit kanske 5,5 när de har kommit och det har varit lite på gränsen, att dem börjar bli för stora för å starta Lidcombe, då har vi börjat med Lidcombe direkt utan att göra PCI först. Men det vanligaste är att vi börjar med PCI. (E)

Dersom barnet blir henvist forholdsvis sent aldersmessig, gir E uttrykk for at man velger LP fremfor PCI, noe som også støttes av andre informanter. Man kan tolke dette som at man må «rekke» å gjennomføre LP før barna blir for gamle og at man da må prioritere LP foran PCI. LP er ment for barn opp til 6 år, men siden behandlingsprogrammet kan være svært langvarig, hvilket er informantenes oppfatning, kan man tolke det slik at en LP-behandling må igangsettes i god tid før 6 år. LP er imidlertid vist å være effektivt for barn opp til 12 år (Lincoln et al., 1996). Det er derfor usikkert hvorvidt 6 år egentlig er en øvre grense for anvendelse av Lidcombe. PCI synes derimot å bli prioritert foran LP om barnet er under 4 år, dette til tross for at LP kan brukes på barn ned til 2 års alder (Harris et al., 2002; Jones et al., 2005). For B sitt vedkommende synes det derimot å være en faglig begrunnelse for å ikke bruke LP for barn under 4 år. Denne nedre grensen synes å være satt på bakgrunn av erfaringer knyttet til behandlingens effekt og at den ikke vil gi noe tilfredsstillende resultat for så unge barn.

Sen finns det jo förelldrar som är lite mer «på-leste». Dem kommer hit med en 2,5 åring också säger dem "vi vill jobba med Lidcombe-metoden". Och då får jag förklara för dem att deras barn är för ungt för att jobba med Lidcombe, det kommer inte ge nåt bra resultat, så jag föreslår att vi börjar med PCI-metoden. Om dem inte accepterar det, då får jag liksom säga "då får ni gå till en annan logoped istället, för jag jobbar inte på det settet. (B)

Målsetninger og effekt på stammefrekvens og alvorlighet

Det blir olika resultat med behandlingarna. Lidcombe har en annan målsättning än PCI har. Lidcombe har jo som mål att man ska sluta stamma och PCI minskar stamningen jättemycket, men inte att man slutar stamma. Och har man då bara én chans å ge en behandling, då kanske man måste ta Lidcombe då. (A)

De to behandlingsprogrammene har ulike mål med tanke på barnets stamming, da LP tar sikte på at barnet skal slutte å stamme (Harrison & Onslow, 2010), mens PCI godtar noe stamming. Om barnet blir henvist til logoped relativt sent, gir A uttrykk for at man kanskje må velge LP

dersom målet er barnet skal slutte å stamme. Synet på LP som den mest effektive behandlingen for at barnet skal slutte å stamme, støttes også av de øvrige informantene.

(...) Sen kan det absolutt bli aktuelt med Lidcombe. Det er jo den metoden som fungerer best att verkligen dra ner stamningsmengden (...) (C)

PCI vil imidlertid også ofte gi en reduksjon i stammefrekvens, men ikke så mye at man anser stammingen som eliminert. Man ser også at PCI hjelper med å gjøre stammingen «mykere» og mindre kampartet.

(...) även om inte stamningen försvinner, men talflyten ökar och stamningen kan förändra sig från å ha varit ganska kampartat eller hård, till att bli lite mjukare. (B)

Ved å vise til at PCI ikke har som mål at barnet skal slutte å stamme, har informantene kommet inn på det Onslow har kritisert PCI for, nettopp at det åpnes for å avslutte behandlingen for barn som fortsatt stammer (Onslow & Millard, 2012). Millard forsvarer dette med at man ikke avslutter behandling for barn som fortsatt viser kampartet og hard stamming eller dersom foreldre fortsatt er bekymrede (Onslow & Millard, 2012).

(...) så berättar jag lite grann för dem att jag brukar alltid starta med PCI när det gäller barn under 4 år på grund av att... på grund av olika faktorer... för det första kan det vara så att barnet är inne i en fas eller har en stamning som kommer att klinga av och försvinne av sig själv. Då finns det liksom ingen anledning å gå på med det tunga artilleriet, altså med Lidcombe, för det kräver mycket större insats, så att säga. (B)

Ut fra linje 3 og 4 ser det ut som PCI også brukes når man ikke vet hvorvidt stammingen kommer til å vedvare eller bli en del av fenomenet «spontanbedring», jf. Ward (2006). Informantene åpner derimot også for å avvente behandling om det ikke foreligger store risikofaktorer for at stammingen vil vedvare. Dette er en del av den faglige vurderingen. På linje 4 og 5 omtaler B Lidcombe som »det tunge artilleriet». Det kan da tolkes som at man nærmest «sparer» dette behandlingsprogrammet, muligens da det er mer krevende å gjennomføre enn PCI.

Det fremgår også av informantene at det i flere tilfeller er nødvendig med videre tiltak etter at den indirekte komponenten av PCI er gjennomført. Dette er primært knyttet til at stammingen

ikke anses som tilfredsstillende redusert og at LP oppleves som svært effektiv i å nå målet om full taleflyt. Som vist er det informantenes oppfatning at stammingen kan synke vesentlig etter endt PCI-behandling, men denne nedgangen synes å være mindre stabil enn ved LP. A hevder at det kan komme «ganska mycket» stamming tilbake, mens B betegner dette som «lite gran». Den generelle oppfatningen synes å være at stammingen minsker for de aller fleste, men at dette kan variere mellom barn.

Jeg tycker att det vanliga när man har PCI är att det går ner och kan gå ner ganska mycket under den 12 veckors perioden. Däremot så tycker jag att det kan komma tillbaka ganska mycket stamning efter en stund. (A)

Informantene svarer noe ulikt på *når* stammingen kan komme tilbake, men felles for svarene er at det kan skje under eller etter hjemmeperioden. C legger vekt på manglende oppfølging og gjennomføring fra foreldrenes side som en mulig årsak. Dette kan tolkes som at en eventuell økning i stammefrekvens kan komme i perioder hvor logopedoppfølgingen er lav, hvilket hjemmeperioden er et eksempel på. Denne tolkningen støttes av B sin oppfatning.

Ja, det kan den göra lite gran. Kanske inte under dem här 6 förste veckorna så att säga. Derfor att föräldrarna vet att det blir en uppföljning här, så da kanske dem håller i lite mer (...) (B)

Och i nån fall har jag varit med på att stamningen har gått ner efter veckorna på mottagning, men att det sen under hemträningsperioden har gått upp igen för att man kanske inte riktigt har genomfört specialtider och så, som man skulle, för när man inte kommer hit och fyller inn papperna, är det lättare å glömma bort det. (C)

Informantene starter sjeldent en ny runde med den indirekte behandlingskomponenten i PCI dersom denne ikke har hatt tilfredsstillende effekt, men det kan skje. Noen velger å ikke gjøre det da foreldrene kan være lite motiverte for en ny behandlingsrunde med samme behandlingsprogram. A sier i denne sammenheng at det må være sentrale elementer som foreldrene ikke har forstått eller gjort godt nok, for at man skal fortsette med PCI.

Jag skulle kunde köra en till PCI nån gång om jag känner att föreldrarna inte har snappat upp, de inte har förstått riktigt. Men det mest troliga är att jag setter inn en annan behandling. (A)

Hva som legges i en «annen behandling» avhenger i stor grad av barnets alder. Det er derimot ikke slik at man må gjennomføre hele PCI-behandlingen på nytt, om man fortsatt vil bruke denne. Man kan også forlenge hjemmetreningsfasen.

(...) men da har man fått säga "men då tar vi 6 veckor till med hemträning", och då har det oftast sjunkit efter det. Så om man genomförer metoden på rätt sätt så tycker jag alltid att det sker en sänkning. Frågan är... det är inte alltid den är jättestor, men att det blir en minskning iallafall. (E)

En annen måte og fortsette PCI, men uten å iverksette en helt ny runde, er å samtale og reflektere rundt de strategiene man har valg.

Då har vi funderat omkring vilka samspelsstrategier vi har valt, om vi ska se om vi kan hitta nån annan, men också... sen har jag ganska mycket tilltro til att det ska hända... at stamningen ska minska mer under den här hemträningssfasen, så att oftast har vi avvaktad och sett vad som har hänt under den fasen. (E)

6.1.3 Vurderinger rundt implementering av PCI

Samtlige informanter viser til alder som den primære markøren i avgjørelsen av behandlingsopplegg, men det er også faktorer som påvirker avgjørelser knyttet til *hvordan* behandlingen implementeres.

LP synes å kreve en større innsats fra foreldrenes side, hvilket vises til av informantene, men også Harrison og Onslow (2010) når de sier at det kan ta opp til ett år før barnet har fullført det andre stadiet. PCI er i motsetning basert på et 12 uker langt behandlingsopplegg, selv om det kan være nødvendig med tiltak etter dette. Jeg tolker informantene slik at dette gjør PCI til et mer anvendelig behandlingsprogram og muligens noe mer «lavterskel».

(...) fördelen med pci är jo att det är ganska avgränsad, att det är dessa 12 veckorna. Det är först 6 veckor i kliniken och sedan 6 veckor hemträning. Det är inte så som LP, som kan pågå jätte, jätte länge. (A)

Allikevel kan familiens livssituasjon, også ved bruk av PCI, påvirke kliniske avgjørelser knyttet til behandlingens implementering. Blant annet kan samlivsbrudd og aspekter ved foreldrenes deltakelse, være av betydning. Samtlige informanter ønsker at begge foreldrene

deltar i behandlingen, men her kan foreldrenes jobbsituasjon og livshendelser være av betydning.

(...) för exempel som har varit mitt i en flytt, att man skulle flytta och hade jättemycket just liksom den perioden vi skulle träffas och då valda vi å utsätta behandlingen (...)
(D)

Dersom foreldrene er i konflikt med hverandre, gis det uttrykk for at foreldrene kan komme til logopeden annenhver gang og at behandlingen følgelig forlenges. Dette er altså ikke noe som påvirker valget *om* man skal starte PCI, men *hvordan* det gjennomføres. Informantene gir heller ikke uttrykk for at visse egenskaper ved foreldrene, for eksempel personlighet og væremåte, vil være relevant valget om å starte PCI.

(...) Jag kan inte säga att det passar en viss personlighetstyp bättre enn en annan. Det är det som är fascinerande ved själva behandlingen tycker jag. Vad man får fram under behandlingens gång ut i från olika personlighetstyper, så det är inte så att det inte passar nån personlighetstyper, det skulle jag inte säga ut från min erfarenhet, nej.
(D)

Familiens kulturelle og / eller språklige bakgrunn vil heller ikke være avgjørende for valget om å bruke PCI, hvilket fremgår av samtlige informanter. Ved behandling av minoritetsspråklige familier trekker alle informantene frem tolk som en mulighet om dette er nødvendig. Ingen anser andre språk- eller talerelaterte vansker som noe hinder for PCI, da behandlingen ofte kan ha positive konsekvenser også for disse barna. Dette skjer ved at foreldrene lærer seg å bedre forholde seg til barnets kommunikasjonsvansker. Informantene gir ikke uttrykk for at man arbeider med språk – eller uttalevansker samtidig som man arbeider med stamming, og at hva man arbeider med først, er noe man må vurdere. Dette kan tolkes som at det kan være aktuelt å utsette stammebehandling i form av PCI, og heller arbeide med mer presserende språk- eller uttalevansker, selv om det motsatte synes å være tilfellet.

Ofte tycker jag det är bra å börja med PCI i alle fall, för även det är en stamningsbehandling får jo foreldrarna såpass mycket kunskap om hur dem kan kommunicera med barnet och hur dem kan hjälpa barnet framåt i språkutvecklingen på det sättet, så att det brukar ofte vara en bra metod även om det finns flere svårigheter. (E)

PCI oppfattes altså som et program som bidrar til å senke stammefrekvens og redusere dens alvorlighet, men at LP er mer effektivt for dette målet. Dette er imidlertid LP sitt primære mål, hvilket det ikke er for PCI. PCI anses derimot som mindre ressurskrevende å gjennomføre, hvilket kan være en grunn til at det prefereres som det første behandlingsprogrammet man starter. LP omtales i motsetning til dette som «det tunge artilleriet». En annen fordel med PCI, slik noen av informantene ser det, er at det ikke er noen fare for å «gjøre feil», i motsetning til i LP.

Det är alltid svårt och det är det lika med PCI och Lidcombe, eftersom det ligger så mycket på föräldrarna. Man kan aldrig säkert veta vad dem gör för nåt eftersom man inte är med. I Lidcombe kan det vara fara för att det blir helt fel. I PCI så ser jag ingen fara i det hela. Det är oftast så att dem inte har gjort det isåfall. (A)

Dette utsagnet kan ses i sammenheng med B sin uttalelse om at barnet kan reagere negativt på LP, og at det følgelig kan være aktuelt å bruke PCI i stedet.

(...) om man jobbar med ett lite äldre barn som är i fem års åldern kanske, och som reagerar negativt på Lidcombe, då kan jag gå över å jobba med PCI istället.

Man kan her undre seg over om dette henger sammen med negative effekter av den trenerrollen foreldrene gis i LP, hvor Sætersdal et al. (2008) viser bekymring overfor effektene en slik rolle har på samspillet mellom foreldre og barn, samt barnets aksept av seg selv. A trekker for eksempel frem at det ofte er tilfellet at barna ikke finner LP-behandlingen morsom og følgelig motsetter seg de hjemmebaserte tiltakene.

Selv om kjernen i informantenes svar synes å være at PCI er å foretrekke før LP, trekker A frem et viktig poeng.

Men jag tror så här att det finns inte en behandlingsmetod som är perfekt och passar till alla, utan man måste ha flera å ta av och sen, ut från vad det här barnet behöver just nu, det är det man ska jobba med. Så jag tror aldrig man kan säga att "jag ska bara ha PCI, jag ska bara ha...", utan man behöver et brett spektrum som man kan välja från, så att det blir så bra som möjligt.

6.2 En grund att stå på

Kunnskap og förhållningssätt. En sentral målsetning ved PCI er å øke foreldrenes evne til å håndtere barnets stamming. Dette innebærer at de lærer å forholde seg til barnets stamming på en måte som øker dets flyt. For dette er kunnskap en viktig komponent.

Å trygge foreldrene. En annen viktig målsetning ved PCI er å redusere foreldrenes angst for stammingen og gjennom dette øke deres selvtillit til å forholde seg til barnets stamming på en flytstøttende måte. En grunnleggende følelse av trygghet er følgelig viktig for å nå målet om økt evne til håndtering.

6.2.1 Kunnskap og förhållningssätt

I del 6.1 var konklusjonen at PCI er mindre effektivt enn LP til å redusere stammingen, men at det som oftest gir en reduksjon. Denne kan imidlertid være noe ustabil. Informantene mener dog at PCI, i motsetning til LP, er mer anvendelig med tanke på ressurser som kreves. Med dette utgangspunkt er det interessant å ta rede på *hvorfor* man velger å bruke PCI som første behandlingsprogram, foruten at det er mer anvendelig. For å gjøre dette må man igjen se på PCI og LP sine målsetninger.

Informantene presiserer at PCI og LP har ulike målsetninger. Dersom man har som mål å fjerne stammingen helt, er det konsensus om at LP er mest effektivt. Dette er også LP sitt primære mål (Harrison & Onslow, 2010). PCI har ikke dette som sitt primære mål, men heller å hjelpe foreldrene styrke sin evne til å håndtere barnets stamming, dette gjennom å øke deres kunnskap og forståelse. Det er også et mål at foreldrene skal bli tryggere i situasjonen og at stammingen, som et sluttprodukt, skal reduseres (Kelman & Nicholas, 2008).

Jag väljer nästan alltid hellre PCI och det handlar nå till dels om att jag tycker bättre om PCI som metod, så jag trivs bättre å jobba med den. Passar mig bättre som person, tror jag. Å sen också att jag tycker att det är en bra metod att börja med för att jag tycker det är bra att alla förelära till barn som stammar har denne kunskapen, för att PCI blir jo som et slags kurs i stamning på ett sätt. Man lärar sig så mycket liksom, så att det händer nesten aldrig att jag väljer Lidcombe först (...) (E)

E opplever personlig å foretrekke PCI fremfor LP og kobler dette til sin personlighet. På linje 4 og 5 viser informanten også til *kunnskap*. PCI omtales som et slags «kurs» i stamming.

Dette er en styrke i forhold til LP. Flere informanter viser til økt kunnskap hos foreldrene som en stor styrke ved behandlingen. A og C bruker i denne sammenhengen metaforet «en grund att stå på». Økt kunnskap om stamming og hvordan en selv påvirker barnets stamming, er med på å gi foreldrene en plattform for håndtering.

Jag tycker att det är en stor styrka... är den kunskap föräldrarna får. Kunskap om stamning, vara öppen om stamning, kunde hantera barnets stamningsinslag på ett bra sätt. Jag tycker helst att vi skulle haft PCI till alla barn för att det är så bra grund att stå på oavsett om dem slutar eller börjar nån annan behandling, så är det en jätte bra grund att stå på, framför allt för föräldrarna. Det tycker jag är en stor styrka. Man får föräldrarna med på tåget. Hur dem ska tänka, dem är aktiva, det är ingen quix-fix (...)
(A)

At foreldrene øker sin kunnskap og sin evne til håndtering er uttalte mål ved PCI-behandlingen. For at foreldrene skal bli i bedre stand til å støtte barnets taleflyt gjennom sin egen interaksjon med barnet, er det viktig at de vet hva som støtter dets taleflyt og motsatt. En kan tenke seg at denne kunnskapen kan likne noe på «kapasitet og krav» modellen og at dette jobbes med gjennom interaksjonsstrategier.

Jag tror att det ger en förståelse för föräldrar att stamning är ingenting som man liksom (knipser) tar bort så här, utan, det finns så mycket som påverkar det och så vidare. Så jag tror förståelsen för stamning ökar jättemycket hos dem flesta föräldrar som går genom det här. (B)

Kunnskapen foreldrene tilegner seg gjennom PCI, kan videre lede til en bevisstgjøring over egne handlinger og interaksjon med barnet. Dette er antakelig en nødvendighet ettersom foreldrene selv skal finne interaksjonsmål. Å bli klar over hva som støtter barnets taleflyt, for eksempel en rolig talehastighet, setter foreldrene i stand til å identifisere hva de selv gjør som støtter sitt barns flyt.

Hela behandlingen syftar jo till att göra föräldrarna medvetna om hur omgivningen påverkar barnet, så att säga. (B)

En slik kunnskap og bevissthet er også viktig for hvordan foreldrene tar rollen som medbehandlere, altså at de er delaktige i behandlingen. Dette kan antas å henge sammen med det Bø (2002) omtaler som «meningsfullhet».

Jag tror att lägga grunden med information om stamning och att dem ska förstå stamningens mekanismer, har betydelse. Annars kommer man inte förstå kopplingen mellan det här "stamningens mekanismer" och "vilken roll spelar det vad jag gör. (D)

(...) jag tycker att det är så viktigt att föräldre till små barn förstår hur deras eget förhållningssätt kan påverka barnet. (B)

Økt kunnskap og bevissthet rundt stamming og hvordan barnet påvirkes av sine omgivelser er altså en sentral effekt av behandlingen. B trekker her frem at det kan være et problem at foreldre ikke forstår hvorfor det er de som skal utføre behandlingen. Dette kan tolkes som at noen foreldre kan ha vanskelig for å oppfatte arbeidsmetoden i PCI som meningsfull, jf. Bø (2002). Det er da et spørsmål hvordan slik manglende forståelse manifesterer seg hos foreldrene.

I sitatet til B kan man merke seg begrepet «forhållningssätt». Jeg har valgt å ikke oversette dette begrepet da jeg synes det fanger opp noe mer enn «holdninger». I tillegg til å si noe om en persons holdninger sier det også noe om hvordan disse påvirker *hvordan* vi forholder oss til noe. Utsagnet til B kan da tolkes som at hvordan foreldrene samspiller med sine barn, influeres av deres förhållningssätt.

(...) sånn till exempel å kunde prata om stamning och jobba med självförtroande är jo viktigt för alla barn, skulle jag säga. Jag tror att dem kan förebygga att det blir en negativ stamningsutveckling om föräldrarna får redskap att kunde prata om stamningen på et öppet sett och att dem får verktyg för å bygga självförtroande. (E)

Kunnskap om aktuelle familiestrategier kan også inngå i foreldrenes förhållningssätt. Informant E nevner på linje 1 «å prate åpent om stamming». Denne familiestrategien går ut på å ufarliggjøre stamming og ikke gjøre det til noe som man helst unngår å snakke om. Slik kan denne holdningen inngå i foreldrenes förhållningssätt og ha innvirkning på hvordan de forholder seg til og samhandler med barnet. Jeg tolker det slik at kunnskap er en komponent av holdninger og derav en vesentlig del av förhållningssätt. Dette danner så grunnlaget for hvordan vi forholder oss til noe rent atferdsmessig.

(...) men jag tycker att främför allt att föräldrarna blir bättre på å följa barnet i samtal, dem blir bättre på å lyssna, och att dem inte pratar så mycket själv och styrar barnet, och liksom stressar med många frågor och så där. Och det tycker jag man

merkar inte bara under specialtiderna, men utan även när man kommer in och ut av rummet, i venterummet och så där. Att det merks en skillnad. (E)

Som nevnt er det et sentralt mål ved PCI at foreldrene skal øke sin evne til å håndtere barnets stamming og slik jeg tolker informantene avhenger dette av at foreldrene tilegner seg et flytstøttende förhållningssätt. Det er også dokumentert at foreldre føler seg mer kunnskapsrike etter den indirekte delen av PCI (Millard et al., 2009).

6.2.2 Å trygge foreldrene

Et annet mål ved behandlingen er å redusere foreldrenes angst rundt stammingen og gi dem selvtillit til å håndtere barnets stamming. Økt håndterbarhet synes følgelig å avhenge av at foreldrene har en trygghetsfølelse i situasjonen. Disse to målene synes derfor ikke å være separate fra hverandre. Informant E viser til trygghet på linje 3 når vedkommende sier at foreldrene kjenner seg mindre urolige etter gjennomført behandling. Dette kan tolkes som at behandlingen reduserer foreldrenes uro og angst, hvilket også er en dokumentert effekt, jf. Millard et al. (2009).

(...) altså alla föräldrar sku jag nästan säga, om man utvärderar efter behandlingens slut, så säger alla föräldrar att dem är... att dem kan mer om stamning, och nästan alla känner sig mindre oroliga för stamningen. Så det tycker jag är en verkligen styrke, att föräldrarna lärar sig mer om stamning, att dem kan mer, att dem känner sig lugnare och mer kompetenta efteråt (...) (E)

Metaforet «en grund att stå på» synes altså å vise til et flytstøttende förhållningssätt og økt trygghet i situasjonen, hvilket leder til en følelse av økt håndterbarhet. Man kan da gå tilbake til informant A sin uttalelse: *”Jag skulle kunde köra en till PCI nån gong om jag känner att förelldrarna inte har snappat upp, de inte har förstått riktigt”*. Det virker her som at A viser til at man kan bruke en ny runde PCI om foreldrene ikke har etablert denne «plattformen». I motsetning til PCI synes ikke LP å etablere et slikt fundament, kanskje fordi det ikke anses som nødvendig ettersom målet er å eliminere stammingen.

(...) PCI har inte den målsättning, så det är svårt att jämföra egentligen. Det är inte exakt samma målsättning som man har. Men att lära föräldrarna förhållningssätt, då

är jo PCI fantastisk. Då är det mycket bättre än Lidcombe, så... så jag tycker att dem kompletterar varandra bra, tänker jag. Att i olika faser behövs olika behandlingar. (A)

6.3 Foreldre som medbehandlere

Samarbeidet med logoped. Tar for seg logopedenes oppfatning av samarbeidet mellom seg selv og foreldrene. Informantene kommer her inn på momenter som dialog og forutsetninger for et godt samarbeid, men også faktorer som påvirker dette samarbeidet.

Deltakelse. Har alle foreldre lett for å ta rollen som aktive medbehandlere? Informantene sier her noe om hvilke forhold som kan påvirke hvordan foreldrene går inn i denne rollen, disse relatert til kulturelle og språklige forhold, foreldrenes kunnskap og familiens livssituasjon. Samme forhold ble behandlet i 6.1.3 hvor det var en generell oppfatning blant informantene at disse ikke spilte noen rolle for valget om å starte PCI eller ikke, men at det kanskje kunne påvirke selve implementeringen. De kan imidlertid også påvirke selve behandlingsprosessen og følgelig logopedens samarbeid med foreldrene.

Myndiggjøring. Hvorfor er foreldreinvolvering en hensiktsmessig arbeidsform for PCI og hvilke konsekvenser har dette for behandlingsresultatet?

6.3.1 Samarbeidet med foreldrene

Den generelle oppfatningen blant logopedene er at samarbeidet mellom dem og foreldrene er grunnleggende positivt, men svarene viser også et mer nyansert bilde.

Jag tycker att det är jättebra. Man får en väldigt, väldigt bra kontakt med föräldrarna. det blir som å ta många föräldresamtal så man verkligen kan gå ner på djupet med föräldrarna. (A)

A opplever å få god kontakt med foreldrene og at behandlingen legger opp til å «gå ned på dypet», hvilket tyder på at samtalen mellom foreldre og logoped ikke kun innebærer informasjonsformidling. Dette kan tolkes som at samtalen ikke har form som veiledning, slik dette begrepet beskrives av Christmann og Fabæch Knudsen (1991). God foreldrekontakt trekkes også frem av C. Informant E bidrar derimot til å nyansere bildet noe.

Det är väldigt olik beroende på vilka föräldrar det är, så att det kan vara ibland och föräldrar som... har lett å ta till sig det vi pratar om och som kommer med väldigt mycket egna reflektioner och med en del föräldrar kan det vara jättesvårt å... å få dem å bli delaktiga i behandlingen. (E)

Samarbeidet mellom foreldre og logoped kan fungere meget bra ved at foreldrene er aktive og reflekterte, men kan også være utfordrende om foreldrene har vanskelig for å være delaktige i behandlingen. Kanskje kan dette henge sammen med at de ikke opplever sin deltakelse som meningsfull, hvilket det har fremgått i 6.2.1 at er essensielt for å forstå hvordan en selv påvirker barnet. Selv om A ikke har noe å utsette på samarbeidet mellom seg og foreldrene, opplever vedkommende at behandlingen legger lite opp til kontakt med selve barnet.

Det som kanskje är lite tråkigt med PCI är att man nästan inte får nån kontakt med barnet. Man jobbar jo ingenting med barnet, man jobbar jo bara med föräldrarna (...)
(A)

A viser også til at man i PCI-øktene kan føle tidspress, selv om vedkommende også sier at PCI gir mulighet til å gå «ned på dypet» i en samtale, hvilket man kan anta krever at man tar seg tid til nettopp dette. C opplever derimot at man har nok tid til å gå inn i en dyp og grundig samtale med foreldrene. Avbrytelser fra barnet er imidlertid noe som kan tenkes å bidra til tidspress i en behandlingsøkt. Hvorvidt dette er et problem avhenger til en viss grad av barnets selvstendighet, for eksempel ved at barnet er avhengig av foreldrenes oppmerksomhet og stadig forstyrrer samtalen mellom logoped og foreldrene. A opplever imidlertid at barnet fort lærer seg «rutinen» i logopedbesøkene. E har på sin side etablert en praksis der barnet ikke er med første gangen foreldre og logoped samtaler om interaksjonsvideoen. Slik opplyser vedkommende at man vil få tid til en dyp og grundig samtale om den første filmen.

At barnet er med til logoped tjener ikke kun den hensikt å spille inn interaksjonsvideoene, men har også en avdramatiserende effekt. Det fremkommer dog ikke *hvem* det har en avdramatiserende effekt for. Man kan anta at det fungerer avdramatiserende for foreldrene ved at man unngår at stammingen blir noe man helst ikke snakker om. En mer åpen holdning til stammingen vil følgelig inngå i foreldrenes forhållningssatt. Det er imidlertid ikke slik at man snakker direkte om barnet i øktene hos logoped. C sier at dersom foreldrene har et behov for å snakke om sitt barn og dets stamming i mer direkte ordlag, avtaler de en

foreldresamtale hvor barnet ikke blir med. Dette virker derimot å være mer av hensyn til barnets bevisstgjøring og holdninger til egen stamming.

Forventningsavklaring og fortrolighet med arbeidsmetode

Det er nærliggende å tro at foreldre med barn som stammer og som henvises til logoped, ønsker at barnet skal slutte å stamme. Dette er derimot ikke nødvendigvis sluttresultatet etter PCI, da det ikke er behandlingens primære mål. Følgelig kan dette være viktig å samtale med foreldrene om. Informantene opplyser imidlertid foreldrene om at man kan «gå videre» med en annen behandling om det er nødvendig. B har imidlertid opplevd at foreldrene har følt seg så beroliget etter PCI at de ikke føler noe behov for videre behandling, selv om barnet fortsatt stammer noe.

Ja, dels att man är överens om vad som är målet med behandlingen så att jag vet vad dem förväntar sig av behandlingen. (E)

(...) det finns jo de föräldrar som har gått genom PCI med sitt barn och barnets talflyt har ökad väldigt mycket så att barnet har bara lite stamning kvar, och det har ledd till nån form av accept hos föräldrarna så att dem har egentligen inte känt sig motiverade till att gå vidare med en Lidcombe behandling, för att liksom jobba bort stamningen helt liksom. Utan dem känner att "ja, det finns lite stamning kvar, men det är helt okei, det är inget som hindrar barnet i sin kommunikation", och så vidare. (B)

I tillegg til forventningsavklaring trekker E også frem at foreldrene må føle seg trygge på arbeidsmetoden i PCI, bestående av videofilm og tilbakemeldinger fra logoped. Dette kan være utfordrende for enkelte. C har derimot erfart at foreldrene opplever det betryggende at man ikke skal lete etter hva de gjør feil, men hva de allerede gjør bra. Allikevel er det også foreldre som lettere ser det de gjør mindre godt.

och sen att dem känner sig trygga med att jag ger feedback, att dem liksom känner sig trygga i miljön här och i situationen att lemna ut sig liksom på film, och så där, för en del kan tycke att det är jobbigt. (E)

Dialog, respekt og ydmykhet

Det er logopedens ansvar å etablere en dialog med foreldrene (Bø, 2002). Da kan det være viktig hvordan logopeden fremstår som fagperson og medmenneske.

Ja det viktiga tycker jag är tid. Sånn att man hinner... man hinner prata och lyssna in i lugn och ro. Också själv sagt är det liksom alt med respekt og att man ser dem där dem är. Men jag tror det är väldigt viktigt med tiden, att dem också känner att dem har tiden” (...) Tid, lyssna och respekt, och att det inte finns nån värderingar av det dem gör eller säger. Alt är okei, så kan man fixa lite sånn smått. (A)

Respekt er et viktig fundament i alle hjelpeprosesser (Egan, 2010). A nevner på linje 1 at foreldre skal føle at de har tid til å prate og at logopeden tar seg tid til å lytte. Informant A har imidlertid sagt at man kan føle tidspress i PCI-øktene og et spørsmål er da hvordan dette får utslag. På linje 4 nevner informantene også en form for «romslighet». Foreldre skal ikke føle at logopeden «vurderer» eller «bedømmer» det de sier.

Det gör jag nu genom att gå ner på deras nivå, om du förstår vad jag menar. Jag sitter inte som en logoped her uppe (viser med handen hevet høyt) och pratar ner till dem, utan jag försöker mer å möte dem på deras egen nivå. Jag försöker få dem att förstå att dem är viktiga, att deras åsikter är viktiga. Jag sitter liksom inte å talar om för dem vad dem skall göra, utan det är jo mer liksom, samtal och diskussioner. (B)

For å etablere et godt foreldresamarbeid må logopeden møte foreldrene på «deres nivå» (linje 1). På linje 2 utdyper B at dette innebærer å ikke prate «ned til» foreldrene. Dette kan tolkes som et forsøk på en likeverdig kommunikasjon mellom partene. En slik kommunikasjon vil også avhenge av hvordan logopeden fremstår for foreldrene, hvilket B sier noe om med metaforet «å sitte høyt oppe». Dette kan kanskje forstås som at logopeden ikke skal fremstå som en ekspert, slik Davis et al. (1995) beskriver denne rollen. Det er en slik likeverdig kommunikasjon som skal drive samtalen fremover. B sammenlikner dette med kommunikasjonen i LP og sier at logopeden her vil «styre» samtalen mer enn i PCI. B nevner også begrepet «ydmykhet». Logopeden må være ydmyk ved å anerkjenne at man som fagperson ikke kan fortelle foreldrene hva som bør være viktig for dem. Om foreldrene av en eller annen grunn mener at PCI ikke passer for dem må logopeden respektere dette valget. Om stammingen skulle vedvare er det nok tid til å igangsette en behandling, siden PCI er et tidlig tiltak og følgelig etterlater seg mye handlingsrom rent aldersmessig. Informantene gir derimot inntrykk av at foreldrene ikke kan velge hvilken behandlingstilnærming de måtte ønske. Man kan for eksempel ikke komme å kreve at man skal bruke LP. Egnede behandlingstilnærming er logopedens avgjørelse selv om faktorer ved familien kan påvirke dette valget. Vanligvis er ikke dette noe problem da de fleste foreldrene følger logopedens anbefalinger.

Foreldrebekymring og motivasjon

Informantene opplever flere aspekter som viktige for samarbeidet mellom dem og foreldrene, men at motivasjon er den viktigste.

(...) att dem är motiverade självklart. Det är alltid det viktigaste (...) (B)

Vanligvis er ikke manglende motivasjon noe problem. De aller fleste foreldre som kommer til logoped med et barn som stammer, er svært bekymrede. Det kan slik virke som at foreldreuro ofte leder til en sterk motivasjon. Ut fra foregående svar synes dette også å gjøre foreldrene lydhøre for logopedens anbefaling av behandlingstilnærming.

(...) det är jo mange föräldrar som är oroliga när dem har barn som stammar, och det gör dem också väldigt motiverade (...) (A)

B påpeker at det også kan være tilfellet at én av foreldrene er mer bekymret og derav mer motivert for å gå inn i en behandlingsprosess. Vedkommende åpner derimot ikke for kun å gjøre PCI med den som er bekymret.

Det virker rimelig å tro at foreldrenes motivasjon for å starte en PCI-behandling er viktig for deres deltakelse. Selv om PCI beskrives som mindre ressurskrevende å gjennomføre sammenliknet med LP, krever det en betydelig grad av forpliktelse. Her vil det også være aktuelt å vurdere familiens livssituasjon, slik det er gjort rede for i 6.1.3.

Refleksjon og analyse

I tillegg til motivasjon nevner B også *evne til å reflektere over egen atferd*.

(...) att dem är motiverade självklart. Det är alltid det viktigaste, och att dem har än förmåga ett reflektera över sitt eget beteende, skulle jag säga. (B)

I PCI er det et grunnleggende prinsipp at foreldrene allerede vet hva som fremmer flyt hos sitt barn (Kelman & Nicholas, 2008). Evnen til å reflektere over hvordan en selv påvirker sitt barns taleflyt er en hjørnestein i PCI. Behandlingen bygger på foreldrene som «eksperter på eget barn» og deres bevisste anvendelse av interaksjons- og familiestrategier for å påvirke dets taleflyt. Dette nevnes også av flere informanter.

Jag tror att det handlar mycket om vana. Att se sig själv utifrån och reflektera över vad man gör själv. Man märker det, tycker jag, en del föräldra som kommer som har sånne jobb. Hade nån föräldrar som var chef till exempel... exempel hadde gått lederskapsutbildning och sett sig själv på film och sånn, och fått handledning och så, och hon hade jo mycket lättare. (E)

Ut fra dette sitatet ser det altså ut som at foreldrenes personlige og utdanningsmessige bakgrunn kan påvirke hvordan de går inn i rollen som aktive behandlere. Det kan da være grunn til å tro at også kunnskap om stamming påvirker hvordan en går inn i denne rollen ved at ens deltakelse virker meningsfull, jf. Bø (2002). Koblingen mellom kunnskap og forståelsen av hvorfor det en gjør er viktig, har også blitt uthevet av D i 6.2.1.

Evnen til å reflektere over og analysere egen atferd kan også påvirke prosessen med å finne interaksjonsmål. Logopedene opplever dette relativt lett, men gir også uttrykk for at det kan være aktuelt å «lede» foreldrene mot interaksjonsmål logopeden ser er relevante. Dette kan for eksempel være nødvendig om foreldrene velger seg interaksjonsmål som ikke er relevante for det respektive barn. Dette vil imidlertid sjeldent være tilfelle da interaksjonsmålene ofte henger sammen med hverandre, hvilket fremgår av både informanter og Kelman og Nicholas (2008).

Ofta så får man jo samma effekt med dem olika interaktionsmålen. Är det så att man övar på att barnet skall ta mer initiativ i leken, då blir det automatisk att man tar mer pauser själv, att man ställer färre frågor, på samma sett användär man ett enklare språk (...) (C)

En informant trekker også frem «forarbeidet» som viktig for foreldrenes valg av interaksjonsstrategier. Om man har snakket om hva som påvirker stamming og bevisstgjort foreldrene på dette, er det vedkommendes oppfatning at foreldrene ofte velger relevante interaksjonsmål. Det er derimot ikke slik at alle interaksjonsmål *må* være relevante. At foreldrene selv får velge hva de vil fokusere på kan gi en mestringsfølelse og følelse av å bli myndiggjort. Logopeden kan da heller hjelpe forelderens til å finne et mer relevant mål neste gang.

Foreldrenes evne til refleksjon og analyse av menneskelig samhandling kan altså påvirke hvordan de går inn i rollen som aktive medbehandlere og følgelig prosessen rundt valg av interaksjonsmål. Enkelte ganger kan foreldre ha såpass store vanskeligheter med selv å reflektere rundt hva i deres atferd som støtter barnets taleflyt og følgelig ønsker at logopeden

skal gi dem noe å jobbe med. E sier her at man helst ser at foreldrene selv klarer å reflektere og analysere seg frem til et interaksjonsmål, selv om disse kanskje ikke er helt relevant i logopedens øyne. Skulle denne prosessen bli veldig utfordrende opplyser E at foreldrene som oftest får et interaksjonsmål fra logopeden. Et spørsmål blir da hvordan dette påvirker forelderens opplevelse av meningsfullhet, som igjen er av relevans for dens deltakelse og rolle som aktiv medbehandler. For noen kan refleksjonen og analysen være preget av fokusering på det de gjør mindre bra, i motsetning til hva de gjør bra. Her er det viktig at logopeden klarer å «snu» det negative til noe positivt.

Men det är inte så svårt att vända den utvecklingen, å si att "här upplever jag", eller "här ser du jo själv hur du...", också lyfter du fram nåt i interaktionen som är positivt. Det är inte så svårt. (D)

Det kan også være tilfellet at foreldrene har ulik progresjon med tanke på sine målsettinger.

(...) jag brukar alltid vara tydlig från början att ni är olika individer och att det kan mycket vara bli så att en av er kanske går fortare fram eller att ni kommer till å ha olika målsätningar. Och så tycker jag inte det brukar bli nåt problem, men om det sku vara så att en känner sig sämre brukar jag försöka jobba på att «peppa» den personen mycket att se vad den gör bra, och kanske lägga lite mer tid på den, enn på den som klarar sig bra själv. (E)

Ofte kan vanskeligheter i prosessen rundt interaksjonsmål bli synlige i eventuelle hjemmelekser.

Det som kan vara svårt för många föräldrar är å göra den här lille sammenfatningen om vad man har lärt den här veckan. Det kan vara lite svårt, å faktiskt ta ett steg längre och analysera "vad hände egentligen?", "hur gick det egentligen?" och så. (A)

6.3.2 Deltakelse

I PCI er det foreldrene som utfører selve behandlingen gjennom spesialtider og bruk av familiestrategier. En forutsetning for vellykket anvendelse av PCI er følgelig at foreldrene går inn i rollen som medbehandlere. Dette er imidlertid en prosess som kan være mer eller mindre utfordrende og noen trenger mer støtte og tilrettelegging fra logopeden, enn andre. I del 6.3.1

fremgikk det at foreldrenes evne til å reflektere over og analysere egen atferd, kan påvirke hvordan de deltar i behandlingen. Det fremgår imidlertid flere forhold som kan påvirke hvordan foreldrene går inn i rollen som medbehandlere.

Kunnskap

Informantene har noe ulike syn på hvilken rolle kunnskap spiller for hvordan foreldrene tar rollen som medbehandlere.

Alla får jo lite lik... altså man får jo typ samma introduktion, men det kan vara olik hur många föräldresamtal man har fått innan man kommer till start av behandling. Jag tror inte det är det som är helt avgörande, men hellre kanske mer vad man har i bagaget och vilken personlighet man är (...) (A)

På linje 3 og 4 viser A til «personlighet» og «bagasje» som viktigere enn kunnskap, når det gjelder å ta rollen som medbehandlere. Det varierer også hvor mange foreldresamtaler og dermed, implisitt, hvilket kunnskapsgrunnlag foreldrene stiller med. I del 6.1.3 fremgikk det at foreldrenes personlighet ikke er avgjørende for valget om å starte PCI eller ikke.

Personlighet kan, slik det fremgår av informant A, uansett påvirke selve behandlingsprosessen. Også E trekker frem «kunnskap dem har från innan», mens B synes å legge mer vekt på den kunnskapen foreldrene tilegner seg gjennom PCI-behandlingen.

Ja, å det är så jag bygger upp det. Först ger jag väldigt mycket information om stamning generellt för att förstå, för att föräldrarna skall förstå att dem är viktiga (...) (B)

B har i sjeldne tilfeller opplevd foreldre som har vanskelig for å gå inn i rollen som medbehandlere. Dette har også endt med at noen foreldre selv har avbrutt behandlingen, uten at det har vært særlige problemer i samarbeidet.

Det kan jo vara så att... jag har några föräldrar som inte... dem förstår inte... ”vad ska jag göra här?, det er mitt barn som stammar”, och det spelar egentligen ingen roll i de fallen att man förklarar varför det kan vara bra för dem å komme hit, men det har inte egentligen.. det har inte ledd till att föräldrarna har fortsatt å komme och att det har varit samarbetssvårigheter mellan oss, utan då har det bara ledd till att dem har struntat i å fullfölja. (B)

Muligens kan dette ses på som et problem relatert til manglende følelse av mening, at foreldrene ikke har forstått at de er viktige og kan påvirke sitt barns taleflyt.

Kulturelle forhold

Slik det fremgikk i del 6.1.3 vil heller ikke kultur påvirke valget om å starte PCI eller ikke. Det er ikke slik at PCI er uegnet i noen kulturer. I noen tilfeller kan man imidlertid se at familiens kultur kan påvirke hvordan foreldrene blir aktive deltakere i behandlingen.

(...) och ibland kan man se lita kulturella skillnader just där. Nån är jo inte vunnit med att leka med sine barn. (A)

Det er ikke i alle kulturer foreldrene samspiller med sine barn som i Skandinavia. Særlig lek som bygger på fantasi kan være vanskelig, hvilket fremgår av Kelman og Nicholas (2008). Det kan da være nødvendig å endre type lek og interaksjon i spesialtidene, slik at dette passer familiens kulturelle bakgrunn.

Det kan vara om dem bara sitter bredvid först att man kanske uppmuntrar till först å bara kommentera det som händer i leken, så att dem blir aktiva på en måte som känns bra för dem. Men å börja med å bara kommentera lite, brukar å funka bra: ”oi, nu bygger du ett fint hus” eller: ”oi så många klossar du har läggat der”. Att dem får börja lite så och bli lite aktiva så. (A)

Det er en gjennomgående oppfatning blant informantene at man på generelt grunnlag ikke kan si at PCI er vanskeligere å gjennomføre med en familie med en annen kulturell bakgrunn enn den svenske. B og E trekker imidlertid frem «autoritetsforståelse».

Sen är det jo ofta så att svenska föräldrar har en... dem är inte like autoritetsstyrda, så att dem känner ofta att dem befinner sej på samma nivå som mig. Jag vet lite mer om stämningen än dem gör, men annars är vi samma, medan en invandrarfamilj kanske har en helt annat syn på vad en logoped är. Jag har en familj nu som kallar mig för ”doctorn”, och jag är ingen doctor liksom. Men i deras kultur så är den typ arbete jag utför är man en autoritet och i vissa kulturer är man kanske inte så vunnit med att reflektera... ha en reflekterande samtal med en behandlare... utan dem tenker ”nu skall vi gå till doctorn och så skall doctorn tala om för oss vad vi skall göra och sen blir allt bra” liksom. Och så fungerar jo inte PCI riktigt. (B)

På linje 1 til 3 sier B noe om forholdet mellom logopeden og familier som tilhører den svenske hovedkulturen. Forholdet mellom logoped og etnisk svenske foreldre synes ut fra dette å ligge nært partnerskapsbegrepet, preget av en gjensidig anerkjennelse av hverandres kompetanse. Dette virker også å ligge ganske «naturlig» i interaksjonen mellom partene, men er ikke en like stor selvfølge i møtet med familier med en annen kulturell bakgrunn. Å anse logopeden som en lege, blir å anse logopeden som en ekspert, jf. Davis et al. (1995). Dette er følgelig ikke forenelig med PCI-behandlingens «filosofi». E har opplevd at disse foreldrene oftere ønsker direkte rådgivning fra logopeden. Man kan imidlertid undre seg over hvorvidt det svenske logopedsystemet selv, til en viss grad, bygger oppunder en ekspertrolle. Stammebehandling er som nevnt underlagt helsevesenet og offentlige logopedmottagninger er ofte lagt til bygninger som er en del av sykehus.

Det er konsensus om at PCI kan utføres med alle, men at det kan kreve en viss fleksibilitet fra logopedens side. Det er derimot ikke slik at PCI er helt «kompatibel» med den svenske hovedkulturen heller.

(...) jag har varit med om, en gång ibland att man har reagerad på det här med självförtroande. Jag vet inte hur det är i Norge, men i Sverige är det lite sånn här... det skall inte vara självförtroande, det skall vara självkänsla. Det är lite fult å prata om självförtroande. (A)

Dette er først og fremst en utfordring i forbindelse med familiestrategien «ros», som har som mål å øke barnets selvtillit (svensk: självförtroande). Denne familiestrategien er svært ofte valgt blant logopedene, i tråd med Kelman og Nicholas (2008). Självkänsla er på sin side en aksept av seg selv. A sier her at foreldrene må akseptere at barnet trenger en viss tro på seg selv, men at også en aksept over seg selv er viktig.

Minoritetsspråklige

Å gjennomføre PCI med minoritetsspråklige kan også fordre en fleksibel logoped, og slik jeg tolker informantene virker dette noe mer utfordrende enn å arbeide med fremmedkulturelle. Alle informantene åpner for å bruke tolk, men flesteparten ser ikke på det som en ideell løsning.

(...) ingenting är omöjligt. Den här behandlingen går å genomföra med alla, men resultaten kanske inte blir lika bra om det finns språkliga problem å förstå varandra

fullt ut, och det är inget man kan lösa med tolk. Derfor att det är så specifikt sett å liksom... tenka på... så att det är inte säkert att tolken hellre kan förmedla eller förstå vad jag menar, så det kan påverka resultaten. (B)

Informant D hadde gjennomført én behandling med tolk og hadde ingen negative opplevelser med dette, foruten at det kan ta litt lengre tid.

Det gick ganska bra. Det tar alltid mycket längre tid. Behandlingen går inte att genomföra så snabbt med tolk, men det är nästan... det sier sig själv. (D)

Tilsvarende formidles også av flere informanter.

Det tar veldig lang tid, så det blir jo svært på det settet att man hinner mindre varje gång, så ofta... dem gånger har vi måttet lägga till lite extra besök för å hinne, så istället för 6 besök eller 7 i början, så har vi fått lägga till kanske så det har blivit 9 eller 10. (E)

Kelman og Nicholas (2008) legger vekt på at arbeid med interaksjonsstrategier bør foregå på familiens førstespråk eller det språk de normalt ville brukt i interaksjonen med sitt barn, noe som også sies av informantene.

Jag har haft en del som är tospråkliga, så har vi när vi har haft samtalen... jag och föräldrarna har tagit det på svenska, med sen när dem har spelat in, när dem har lekt med barnet, så har dem haft sitt förstaspråk. Och där har jag faktiskt gjort lite olika. Jag har nån gång haft behandlingen utan tolk. Man förstår ofta väldigt bra på inspelningen"(...) Jag har ingen aning om hva de säger egentligen. Men man märker fortfarande hur det är med taltempo, hur det är med pauser, hur är det med vem som talar mest, frågor, kommentarer (...) (A)

Det fremgår av informantene at det ikke er så viktig å forstå hva som sies rent språklig under interaksjonen mellom foreldre og barn, da man forstår selve interaksjonen. En av informantene legger imidlertid til at å skulle gjennomføre PCI uten tolk forutsetter at foreldrene kan tilstrekkelig svensk til å kommunisere med logopeden. En annen informant ønsker heller å undersøke muligheten for å bruke engelsk, fremfor tolk. Muligheten for å unngå å involvere tolketjeneste synes også å fremstilles som en fordel med PCI. Ved bruk av LP viser en av informantene til at tolk er en absolutt nødvendighet om foreldrene ikke kan tilstrekkelig svensk.

Jag har haft lite PCI med tolk, till exempel, men ofta tycker jag att om man väljer mellan Lidcombe og PCI, så tycker jag personligt att det är lättare med PCI för att det är inte alltid man behöver tolk där i samma utsträckning. Har man Lidcombe behöver man alltid tolk, men har man PCI så kan man oftast... förstår dem här kommunikationsmönstren även utan översättning. (B)

Livssituasjon

Både ved kulturelle og språklige forskjeller er det altså viktig at logopeden kan endre rammen for gjennomføring noe, hvilket kan tolkes som en form for fleksibilitet. Dette kan også være nødvendig om familien befinner seg i mindre gunstige livssituasjoner, for eksempel relatert til arbeidsliv. Det synes eksempelvis å være en generell oppfatning blant informantene at foreldrenes jobbsituasjon kan skape utfordringer for gjennomføringen.

Det kan vara så att föräldrarna är ute å reser väldigt mycket i jobbet och inte är hemma på det viset. Jag har träffat en del barn som spenderar mer tid med barnflickan och då är det jättesvårt att föräldrarna skall ha den tiden. (C)

Jag har varit med om en familj som har avbruten PCI, men det var mest av att det var så svårt å få till det. Vi vill jo att båda föräldrar skal vara med och i den här familjen hadde inte pappan möjlighet att vara med och då så... när jag var noga med att jag tyckte att båda sku vara med, så sa mamman att "nej, men da vill vi inte göra det här och vi tycker ändå att stamningen har minskat". (C)

Om livssituasjonen gjør det vanskelig å få gjennomført nok spesialtider, kan det hende logopeden må bli enig med foreldrene om et litt lavere antall.

(...) om man säger 3 spesialtider brukar det ändå fungera, också får man kanske inte byta målsättning så ofta, utan att det snarare blir att taltempo, pauser, blir det man ska fortsätta med. (C)

Det kan også være tilfellet at noen velger for ambisiøse mål for antall gjennomførte spesialtider på en uke. At spesialtidene ikke gjøres eller ikke gjøres slik de skal, kan bli synlig på arket hvor man skriver hva man har gjort og hvordan det gikk, som senere sendes til logopeden.

En del väljer lite för ambitiösa mål, kanske den första veckan eller två... men en del har svårt för å få till dem tiderna och en del undrar man "har du verkligen gjort det her nu... det står exakt samma sak hela tiden". (A)

Flere av informantene har imidlertid erstattet innsending av «lekser» med telefonkontakt fordi det ikke har fungert tilfredsstillende. Årsaken til dette skal imidlertid ikke kun tilskrives foreldrene.

Det har inte funkat nåt bra. Vi har faktisk slutat med å skicka in och vi brukar bara telefon 1 gång i veckan. (D)

Det blir liksom inte nåt av, och inte från mitt håll hellre, så jag vil inte lägga skulden på föräldrarna, utan man glömmar ge papper, man glömmar påminna om dem inte har skickat in, så nej. (D)

Selv om Kelman og Nicholas (2008) åpner for å gjennomføre behandlingen med andre nære omsorgspersoner enn foreldrene, har ikke informantene erfaringer med dette. C vurderte imidlertid på intervju tidspunkt om vedkommende skulle gjennomføre PCI med en morfar.

Til tross for at logopedene ikke gir uttrykk for at det er ønskelig å gjøre kompromisser når det gjelder foreldrenes oppmøte, åpnes det for tilpasninger. Det er heller ikke slik at manglende deltakelse fra én forelder medfører at behandlingen stanses.

Det kan vare ett problem ibland. Vi vill jo att båda skall komme. Det vill vi jo. Sen kan det være saker som gör att båda inte kan komme. Det jag brukar göra är helt enkelt att den som inte kommer, får inte nån ny hemuppgift. Den får fortsätta... den kommer jo inte framåt i behandlingen. Och det kan vara sånn att när man har missat väldigt många av dem första veckorna, att det blir föräldrarna som har kommit varje gång som får göra hemtreningen. Det är jättesynd, men ja. Ibland booker jag in nån extra tid. (A)

Det kan også være nødvendig med en form for «konfrontasjon» dersom foreldrene ikke deltar i den utstrekning behandlingen krever, for eksempel knyttet til hjemmeoppgaver.

Jag påminnar dem och sen, ibland, så har jag gjort så att vi bestämmer att nu... att jag förklarar varför jag tycker att dem är viktiga å jobba med och sen att vi bestämmer att "nästa vecka så följer inte barnet med, utan då läser ni genom det här, så träffas vi

och bara pratar om dem och går genom dem” så att det blir lite... jag försöker å göra det tydligt att det är viktigt för behandlingen att dem här uppgifterna görs. (E)

At PCI er forholdsvis tidsmessig avgrenset gjør behandlingen mindre sårbar for ulike livssituasjoner, sammenliknet med LP. Da stammebehandling i Sverige er underlagt helsevesenet, har foreldre rett på erstatning for tapt arbeidsinntekt når barnet er til behandling hos en «vårdgivare», for eksempel logoped. Det er usikkert hvordan dette ville blitt gjort i Norge hvor stammebehandling ikke ligger innunder helsevesenet. Ville dette vært problematisk for deltakelsen til norske foreldre? Dersom norske foreldre ikke har en tilsvarende ordning, kan man argumentere for at rammebetingelsene ikke er like gode for at de kan delta i en PCI-behandling gitt av en offentlig logoped som arbeider i vanlig arbeidstid. Av informantene fremgår det imidlertid at foreldrenes bekymring svært ofte leder til en sterk motivasjon for å hjelpe sitt barn, og at de fleste foreldre ønsker å være delaktige i stammebehandlingen. Det kan da tenkes at foreldre strekker seg langt for å kunne delta i behandlingen. Dette utelukker derimot ikke at noen foreldre kanskje har bedre rammebetingelser for å sikre sin deltakelse, enn andre, for eksempel som en følge av yrke. Det er, etter min mening, fremdeles et spørsmål om hvorvidt PCI kan bli et anliggende for offentlige logopeder eller om det har større potensial blant privatpraktiserende med en mer fleksibel arbeidshverdag.

Det kan også være behov for tilpasninger i gjennomføringen av behandling, som en følge av aspekter knyttet til foreldrenes samliv. I tilfeller der forholdet mellom foreldrene er så dårlig at det kan betegnes som en konflikt er det blant informantene vanlig å «dele» foreldrene, hvilket også fremgår som et alternativ av Kelman og Nicholas (2008). Dette kan medføre at den indirekte komponenten blir dobbelt så lang.

Det blir en lite mer utdragit process, men det är alternativet. Jag vill liksom inte... jag vill inte tvinga två föräldrar som har en konflikt, att komme hit tillsammans, för det tror jag inte blir nåt bra. (B)

Då får föräldrarna komme hit med barnet vid separata fall, så att vecka 1 jobbar jag kanske med mamman, vecka 2 kommer pappan, vecka 3 kommer mamman, vecka 4 kommer pappan. (B)

Det er imidlertid ikke ved alle samlivsbrudd at foreldrene er i så stor konflikt at PCI-behandlingen behøves å deles slik.

Dem kunde samarbete relativt bra. Tillräckligt bra till att det sku vara genomförbart. Och da gjorde vi det väldigt tydligt det här att när vi tittar på den ene förälderns film, leker den andra med barnet. Och när vi filmer går alltid vi andra ut så pappan och barnet filmas, och sen bytar vi. Så de hadde egentligen väldigt lite å göra med varandra där, och dem fikk individuella mål. Så det tyckte jag fungerade bra. (C)

Selv om man gjennomfører PCI-øktene med begge foreldre tilstede, fremgår det som viktig at man uansett deler foreldrene til en viss grad, spesielt når det gjelder samtale rundt interaksjonsfilmene. Dette gjelder foreldre uansett om de er samboere eller ikke, men er kanskje enda viktigere når man har behandling med foreldre som ikke bor sammen eller er i konflikt.

6.3.3 Myndiggjøring

PCI baserer seg altså på foreldreinvolvering i form av «foreldre som medbehandlere», jf. Yairi og Ambrose (2005). Behandlingsprogrammet har beveget seg mot denne filosofien etter å tidligere ha vært mer veiledningspreget. Det er videre interessant å se nærmere på hvorfor dette har vært en hensiktsmessig utvikling av stammebehandling for førskolebarn.

(...) det här med ansvarsfördelningen... det känns riktigt att det skall ligga på föräldrarna och inte på det lilla barnet. Lilla barnet har väldigt små möjligheter för å ta ansvar för sitt tal. (D)

Det føles riktig at det ikke er barnet som skal ta ansvar for sin taleflyt, hvilket ville medført at det stadig måtte overvåke taleflyten. Ansvaret legges heller ikke på logopeden, men på barnets sentrale omsorgspersoner. Her er en likeverdig kommunikasjon viktig for at foreldrene skal gå inn som medbehandlere. Dette forutsetter at logopeden ikke fremstår som en ekspert, men mer en samtalepartner med det formål å styrke foreldrene. Økt kunnskap er meget viktig for at foreldrene skal oppleve arbeidet som meningsfullt, og kanskje spesielt sin egen rolle som meningsfull. Et høyt ønsket utfall ved behandlingen er at foreldrene skal trygges til å håndtere barnets stamming. Slik er opplevelsen av økt håndtering avhengig av en grunnleggende følelse av trygghet i situasjonen, men trygghet er på sin side avhengig av en opplevelse av økt håndterbarhet. Slik er disse to målsetningene avhengig av hverandre og begge må oppfylles for et vellykket behandlingsresultat.

Föräldrarna känner sig stärkt för de får veta att dem faktiskt kan påverka stamningen och ser det svart på vitt på filmen. (C)

Ved at foreldrene utfører behandlingen, samt at det tas tak i hva de allerede gjør bra, kan man anta foreldrene føler at de gis ansvaret for gjennomføringen. De blir myndiggjort og ansvaret overføres fra logoped, til foreldrene, i likhet med hvordan Askheim (2003) beskriver myndiggjøringsprosessen. Det virker altså som at foreldrene blir betraktet som en ressurs, fremfor som logopedens assistenter. Ligger ansvaret på logopeden kan man tenke seg at foreldrene blir fremmedgjort i behandlingen. Det er heller ikke sikkert at de opplever tiltakene som meningsfulle om de ikke forstår *hvorfor* det er viktig at det gjøres. Slik kan tilfellet tenkes å være for LP, jf. logopeden som ekspert. Jeg tolker det slik at B her beskriver en slik «fremmedgjøring» når vedkommende sier at foreldre har følt seg utestengte (linje 2) og opplevelsen av å ikke vite hva logopeden gjør (linje 3).

Jag har träffat många föräldrar som har varit hos andra logopeder innan dem kom till mig, där dem har känt sig utestängda. Logopeden har gått in med barnet på rummet och föräldrarna har suttit utanför och inte vet vad det är som händer. Min erfarenhet är att föräldrar vill vara delaktiga i sitt barns behandling (...) Det är fel å stänga ute föräldrar, tycker jag. Det leder bara till att det här med stamning fortsätter att vara nånting konstigt (...) (B)

Fremmedgjøringen er preget av en situasjon med lite forståelse og at ansvaret ligger på fagpersonen. Dette vil da også prege forelderens förhållningssatt. Det er interessant hva dette gjør med foreldrenes følelse av trygghet. Trolig vil de vanskeligere utvikle en økt opplevelse av håndterbarhet og følgelig vil situasjonen fortsatt kjennes utrygg. Således kan deres interaksjon fortsatt være preget av denne utryggheten, noe som igjen kan påvirke barnets stamming negativt. Holdninger mer optimalisert for barnets taleflyt, en følelse av trygghet og økt håndterbarhet, er et viktig fundament å stå på uansett om barnet går videre til en annen behandling, stammer mer periodisk eller stamningen vedvarer inn i ungdomsalder. Foreldrene gis noen redskaper som bidrar til en trygghet og økt tro på at de kan håndtere situasjonen adekvat. Dette kan tydeliggjøres med å sammenlikne økt følelse av håndterbarhet med et brannslukningsapparat. Selv om vi ikke trenger brannslukningsapparatet i dag, er det betryggende å vite at det står i skapet og at vi vet hvordan det brukes. Dette kan også sies å være selve essensen i PCI, og også behandlingens formål. Ut fra informantenes svar virker det som at programmet tjener sin teoretiske hensikt.

7 Avslutning

Oppgavens overordnede mål har vært å besvare følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har svenske logopeder med foreldresamarbeidet i behandlingsprogrammet «Palin Parent-Child Interaction therapy»?

Tilhørende underproblemstillinger har vært:

1. Hvilke vurderinger ligger til grunn for å velge PCI som behandlingsprogram for en familie?
2. Hva tenker den enkelte logoped rundt behandlingsprogrammets effekt?

For å besvare denne problemstillingen er det benyttet en kvalitativ forskningstilnærming med intervju som metode. Jeg har benyttet oppsøkende intervju og gjennomført intervjuer med 5 svenske, PCI-sertifiserte logopeder.

Oppsummering

Det er ulike grunner til at logopedene valgte å sertifisere seg i PCI. Det ble trukket frem behov for mer foreldreinvolvering i behandlingen, men også at PCI har satt den indirekte behandlingstilnærmingen inn i en tydeligere ramme. Behandlingsprogrammet brukes på barn opp til om lag 4 til 5 år, selv om den teoretisk kan anvendes på barn opp til 7 år. Det er derimot ingen evidensstudier som har omfattet barn over 4,11 år. Logopedene gav uttrykk for at PCI ikke er like effektivt som LP om målet er at barnet skal slutte å stamme, men at behandlingen trygger foreldrene i å håndtere barnets stamming. Å øke foreldrenes kunnskap om stamming er viktig for å øke deres evne til å håndtere det. Denne økte tryggheten og håndterbarheten manifesterer seg i deres förhållningssätt. Om stammingen vedvarer etter PCI-behandlingen, kan det være aktuelt med LP eller stammemodifiserende behandling. Samtlige informanter bruker imidlertid PCI før de eventuelt går videre med LP, men her vil barnets alder også være en viktig del av vurderingen. Informantene løfter også frem at PCI er mindre krevende å gjennomføre enn LP og jeg tolker det slik at informantene opplever PCI som en noe mer «lavterskel-behandling». Samtlige informanter opplever samarbeidet med foreldrene som positivt, og foreldrenes personlighet, væremåte, livssituasjon, kulturell eller språklig bakgrunn er ikke avgjørende for avgjørelsen om å bruke PCI. Det kan derimot være aspekter

som gjør behandlingen noe mer utfordrende å gjennomføre og som kan påvirke sluttresultatet. Det kan i slike tilfeller være behov for å tilpasse behandlingen. Selv om foreldresamarbeidet generelt fungerer svært godt, kan det også være utfordringer. Dette er som oftest knyttet til foreldrenes deltakelse. Noen kan eksempelvis ha vanskelig for å analysere og reflektere over egen atferd og har behov for en logoped som hjelper dem med å se hva de gjør bra. Noen kan også ha en jobbsituasjon som gjør deltakelse i øktene vanskelig. Samtlige logopeder ønsker at begge foreldre deltar og vil ofte sette et krav om dette. Det er allikevel ikke slik at behandlingen avsluttes fordi én forelder ikke kan delta like ofte. I slike tilfeller er det nødvendig å tilpasse behandlingen etter den enkelte familie. Dette er også tilfellet om man har behandling med foreldre som er i konflikt, for eksempel som følge av et samlivsbrudd. Som oftest vil ikke manglende deltakelse være noe problem, ettersom deres bekymring over stammingen ofte bidrar til høy motivasjon.

Selv om logopedene må stille visse krav til foreldrene, må de også forholde seg ydmyke til deres livssituasjon. Logopeden må ta seg tid til å lytte til foreldrene og flere informanter opplever dette som et viktig verktøy for å «gå ned på dypet» i samtalen. De opplever det også positivt at behandlingen tar utgangspunkt i å «styrke» foreldrene, fremfor å lete etter hva de gjør feil. Dette er med på å trygge foreldrene og slik være med på å øke deres håndteringsevne. Selve ansvaret for behandlingen legges på foreldrene og man kan da snakke om en prosess hvor foreldrene «myndiggjøres».

Det har vært inspirerende og interessant å se hvordan stammebehandling av førskolebarn foregår i Sverige. PCI virker både til å være mer utbredt, men også en naturlig del av det svenske behandlingstilbudet, både offentlig og privat. Et relativt svakt evidensgrunnlag synes ikke å påvirke logopedenes tillit til behandlingen. Jeg sitter imidlertid fortsatt igjen med en undring over hvorvidt PCI kan bli en integrert del av den offentlige stammebehandlingen i Norge. Dersom dette er en aktuell problemstilling kan man sette spørsmålstegn ved kvaliteten på behandlingen i offentlig sektor, og om rammebetingelsene ligger til rette for å tilby en skreddersydd tiltakspakke for det enkelte barn. Det er derimot ikke min oppfatning av PCI *må* brukes slik det er gjort rede for av Kelman og Nicholas (2008), for at det skal være effektivt. Selv om dette er ideelt, synes behandlingen uansett å være en hjelp til å involvere foreldrene i barnets behandling og bidra til at de blir trygge nok til å forholde seg til barnets stamming på en flytstøttende måte.

Litteraturliste

- Alm, Per A. (2005). *On the causal mechanisms of stuttering*: Lund University.
- Ambjørnsen, Ida. (2011). *Logopeders arbeid med førskolebarn som stammer: en kvantitativ undersøkelse*. Oslo: I. Ambjørnsen.
- Andenæs, Agnes. (2000). Generalisering: Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse. I H. Haavind (Red.), *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, Ole Petter. (2003). *Fra normalisering til empowerment: ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Befring, Edvard. (2007). *Forskingsmetode med etikk og statistikk*. Oslo: Samlaget.
- Bloodstein, Oliver. (1960a). The development of stuttering: I. Changes in nine basic features. *Journal of Speech & Hearing Disorders*.
- Bloodstein, Oliver. (1960b). The Development of Stuttering: II. Developmental Phases. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 25(4), 366-376. doi: 10.1044/jshd.2504.366
- Bloodstein, Oliver. (2008). *A handbook on stuttering*. Clifton Park NY: Delmar.
- Botterill, Willie , & Kelman, Elaine. (2010). Palin Parent-Child Interaction. I R. J. McCauley & B. Guitar (Red.), *Treatment of stuttering: established and emerging interventions* (s. XI, 448 s. : ill.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Braun, A R, Varga, M, Stager, S, Schulz, G, Selbie, S, Maisog, J M, . . . Ludlow, C L. (1997). Altered patterns of cerebral activity during speech and language production in developmental stuttering. An H2(15)O positron emission tomography study. *Brain*, 120(5), 761-784. doi: 10.1093/brain/120.5.761
- Brown, Steven, Ingham, Roger J., Ingham, Janis C., Laird, Angela R., & Fox, Peter T. (2005). Stuttered and fluent speech production: An ALE meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Human Brain Mapping*, 25(1), 105-117. doi: 10.1002/hbm.20140
- Buck, S. M., Lees, R., & Cook, F. (2002). The Influence of Family History of Stuttering on the Onset of Stuttering in Young Children. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 54(3), 117-124.
- Bø, Ingerid. (2002). *Foreldre og fagfolk: foreldrenes og samarbeidets vilkår*. Oslo: Universitetsforl.

- Carstensen, Monica. (2012). «Vår viktigste samarbeidspartner?»: en kvalitativ undersøkelse om logopeders involvering av foreldre i stammebehandling av førskolebarn. Oslo: M. Carstensen.
- Christmann, Hermann, & Fabæch Knudsen, Per. (1991). *Forebyggelse af stammen*. [Herning]: Special-pædagogisk forlag.
- Conture, Edward G. (1990). *Stuttering*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Conture, Edward G. (2001). *Stuttering: its nature, diagnosis, and treatment*. Boston: Allyn and Bacon.
- Conture, Edward G., Walden, Tedra, Arnold, Hayley S., Graham, Corrin G., Hartfield, Kia N., & Karrass, Jan. (2006). A Communication-Emotional Model of Stuttering. I N. B. Ratner & J. Tetnowski (Red.), *Current issues in stuttering research and practice*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Corbin, Juliet M., & Strauss, Anselm L. (2008). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Dalen, Monica. (2011). *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforl.
- Davis, Hilton, Marlow, Neil, & Kranstad, Bård. (1995). *Rådgivning til foreldre med kronisk syke og funksjonshemmede barn*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- de Vaus, David. (2002). *Surveys in social research*. Crows Nest, Australia: Allen & Unwin.
- Egan, Gerard. (2010). *The skilled helper: a problem-management and opportunity-development approach to helping*. Belmont, Calif.: Brooks/Cole, Cengage Learning.
- Gall, Meredith D., Gall, Joyce P., & Borg, Walter R. (2007). *Educational research: an introduction*. Boston: Allyn and Bacon.
- Garsten, Marie , & Lundström, Cecilia. (2008). Stamning och skenande tal hos barn. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (Red.), *Logopedi*. Lund: Studentlitteratur.
- Gilleberg, Kristine. (2003). *Stammebehandling i Norge: en kartlegging*. Oslo: K. Gilleberg.
- Gjærum, Bente. (2002). Nervesystemets anatomi og fysiologi. I B. Gjærum & B. Ellertsen (Red.), *Hjerne og atferd: utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et nevrobiologisk perspektiv -et skritt videre* (s. 659 s. : ill.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gottwald, Sherly R. (2010). Stuttering Prevention and Early Intervention: A Multidimensional Approach. I R. J. McCauley & B. Guitar (Red.), *Treatment of stuttering: established and emerging interventions* (s. XI, 448 s. : ill.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Gottwald, Sherly R, & Starkweather, C. Woodruff. (1999). Stuttering prevention and early intervention: A multiprocess approach. I M. Onslow & A. Packman (Red.), *A handbook of Early Stuttering Intervention*. San Diego: Singular Publishing Group INC.
- Guitar, Barry. (2006). *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment*. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar, Barry. (2014). *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment*. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar, Barry, & McCauley, Rebecca, J. (2010). An Overview of Treatments for Preschool Stuttering. I R. J. McCauley & B. Guitar (Red.), *Treatment of stuttering: established and emerging interventions* (s. XI, 448 s. : ill.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Haaland-Johansen, Line. (2007). Evidensbasert praksis - av interesse for norsk logopedi? *Norsk logopedlag*, 2.
- Harris, Vanessa, Onslow, Mark, Packman, Ann, Harrison, Elisabeth, & Menzies, Ross. (2002). An experimental investigation of the impact of the Lidcombe Program on early stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 27(3), 203-214. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0094-730X\(02\)00127-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0094-730X(02)00127-4)
- Harrison, Elisabeth , & Onslow, Mark. (2010). The Lidcombe Program for Preschool Children Who Stutter. I R. J. McCauley & B. Guitar (Red.), *Treatment of stuttering: established and emerging interventions* (s. XI, 448 s. : ill.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. (1999). Oslo: Universitetsforl.
- Jones, Mark, Onslow, Mark, Packman, Ann, Williams, Shelley, Ormond, Tika, Schwarz, Ilsa, & Gebiski, Val. (2005). Randomised controlled trial of the Lidcombe programme of early stuttering intervention. *BMJ*, 331(7518), 659. doi: 10.1136/bmj.38520.451840.E0
- Karrass, Jan, Walden, Tedra A., Conture, Edward G., Graham, Corrin G., Arnold, Hayley S., Hartfield, Kia N., & Schwenk, Krista A. (2006). Relation of emotional reactivity and regulation to childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 39(6), 402-423. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcomdis.2005.12.004>

- Kasprisin-Burrelli, Arlene, Egolf, Donald B., & Shames, George H. (1972). A comparison of parental verbal behavior with stuttering and nonstuttering children. *Journal of Communication Disorders*, 5(4), 335-346. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0021-9924\(72\)90004-4](http://dx.doi.org/10.1016/0021-9924(72)90004-4)
- Kelman, Elaine, & Nicholas, Alison. (2008). *Practical Intervention for Early Childhood Stammering: palin PCI approach*. Milton Keynes, UK: Speechmark Publishing.
- Kleven, Thor Arnfinn. (2002). Begrepsoperasjonalisering. I T. Lund (Red.), *Innføring i forskningsmetode*. Oslo: Unipub AS.
- Kvale, Steinar, Brinkmann, Svend, Anderssen, Tone Margaret, & Rygge, Johan f. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langlois, Aimée, Hanrahan, Linda L., & Inouye, Lynn L. (1986). A comparison of interactions between stuttering children, nonstuttering children, and their mothers. *Journal of Fluency Disorders*, 11(3), 263-273. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0094-730X\(86\)90014-8](http://dx.doi.org/10.1016/0094-730X(86)90014-8)
- Lassen, Liv Margarete. (2002). *Rådgivning: kunsten å hjelpe*. Oslo: Universitetsforl.
- Lincoln, Michelle, Onslow, Mark, Lewis, Christine, & Wilson, Linda. (1996). A Clinical Trial of an Operant Treatment for School-Age Children Who Stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 5(2), 73-85. doi: 10.1044/1058-0360.0502.73
- Lindström, Elisabeth. (2008). Logopedi i Sverige i dag; med utblickar mot framtiden. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (Red.), *Logopedi*. Lund: Studentlitteratur.
- Lund, Thorleif. (2002). Generaliseringsproblematikk. I T. Lund (Red.), *Innføring i forskningsmetode*. Oslo: Unipub AS.
- Maxwell, Joseph A. (1992). Understanding and Validity in Qualitative Research. *Harvard Educational Review*, 32(3).
- Millard, Sharon K, Edwards, Susan, & Cook, Frances M. (2009). Parent-child interaction therapy: Adding to the evidence. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(1), 61-76.
- Millard, Sharon K, Nicholas, Alison, & Cook, Frances M. (2008). Is parent-child interaction therapy effective in reducing stuttering? *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 51(3), 636.
- Månsson, Hans. (2000). Childhood stuttering: Incidence and development. *Journal of Fluency Disorders*, 25(1), 47-57. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0094-730X\(99\)00023-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0094-730X(99)00023-6)

- NESH. (2006). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi.
- Nil, Luc F. De, Kroll, Robert M., Kapur, Shitij, & Houle, Sylvain. (2000). A Positron Emission Tomography Study of Silent and Oral Single Word Reading in Stuttering and Nonstuttering Adults. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43(4), 1038-1053. doi: 10.1044/jslhr.4304.1038
- Onslow, Mark, & Millard, Sharon. (2012). Palin Parent Child Interaction and the Lidcombe Program: Clarifying some issues. *Journal of fluency disorders*, 37(1), 1-8.
- Onslow, Mark, Packman, Ann, & Harrison, Elisabeth. (2003). *Lidcombe program of early stuttering intervention: a clinician's guide*. Austin, Tex.: Pro-Ed.
- Packman, Ann, Code, Chris, & Onslow, Mark. (2007). On the cause of stuttering: Integrating theory with brain and behavioral research. *Journal of Neurolinguistics*, 20(5), 353-362. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jneuroling.2006.11.001>
- Preus, Alf. (1977). *Stamming og løpsk tale: en oversikt over forskning, årsaksteorier og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ramberg, Chris & Samuelsson, Christina. (2008). Stamning och skenande tal hos vuxna och ungdomar. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (Red.), *Logopedi*. Lund: Studentlitteratur.
- Reilly, Sheena, Onslow, Mark, Packman, Ann, Wake, Melissa, Bavin, Edith L., Prior, Margot, . . . Ukoumunne, Obioha C. (2009). Predicting Stuttering Onset by the Age of 3 Years: A Prospective, Community Cohort Study. *Pediatrics*, 123(1), 270-277. doi: 10.1542/peds.2007-3219
- Richels, Corrin, G & Conture, Edward, G. (2010). Indirect Treatment of Childhood Stuttering: Diagnostic Predictors of Treatment Outcome. I R. J. McCauley & B. Guitar (Red.), *Treatment of stuttering: established and emerging interventions* (s. XI, 448 s. : ill.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rogers, Carl R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. doi: 10.1037/h0045357
- Ryan, Bruce P. (2000). Speaking rate, conversational speech acts, interruption, and linguistic complexity of 20 pre-school stuttering and non-stuttering children and their mothers. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 14(1), 25-51. doi: doi:10.1080/026992000298931
- Samuelsson, Christina, & Nettelbladt, Ulrika. (2008). Logopedi i et historisk perspektiv. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (Red.), *Logopedi*. Lund: Studentlitteratur.

- Shapiro, David Allen. (2011). *Stuttering intervention: a collaborative journey to fluency freedom*. Austin, Tex.: PRO-ED.
- Smith, Anne , & Kelly, Ellen. (1997). Stuttering: A dynamic, multifactorial model. I R. F. Curlee & G. M. Siegel (Red.), *Nature and treatment of stuttering: new directions* (s. XII,452 s. : ill.). Boston, Mass.: Allyn and Bacon.
- Sommer, Martin, Koch, Martin A., Paulus, Walter, Weiller, Cornelius, & Büchel, Christian. (2002). Disconnection of speech-relevant brain areas in persistent developmental stuttering. *The Lancet*, 360(9330), 380-383. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09610-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09610-1)
- Starkweather, C. Woodruff. (1997). Therapy for younger children. I R. F. Curlee & G. M. Siegel (Red.), *Nature and treatment of stuttering: new directions*. Boston, Mass.: Allyn and Bacon.
- Starkweather, C. Woodruff, & Givens-Ackerman, Janet. (1997). *Stuttering*. Austin, Tex.: PRO-ED.
- Starkweather, C. Woodruff, Gottwald, Sherly Ridener, & Halfond, Murray M. (1990). *Stuttering prevention: a clinical method*. New Jersey: Prentice Hall.
- Sætersdal, Barbro, Dalen, Monica, & Tangen, Reidun. (2008). Foreldresamarbeid om opplæring av barn og unge med spesielle behov. I E. Befring & R. Tangen (Red.), *Spesialpedagogikk*. Cappelen Damm: Oslo.
- Sønsterud, Hilda, Howells, Kirsten, & Hoff, Karoline. (2014). Hva er stamming? - sett i relasjon til tidlig stammeforløp. *Logopeden*(1), 6-13.
- Van Riper, Charles. (1971). *The Nature of stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice-hall.
- Van Riper, Charles. (1982). *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Ward, David. (2006). *Stuttering and cluttering: frameworks for understanding and treatment*. Hove: Psychology Press.
- Watkins, Kate E., Smith, Stephen M., Davis, Steve, & Howell, Peter. (2008). Structural and functional abnormalities of the motor system in developmental stuttering. *Brain*, 131(1), 50-59. doi: 10.1093/brain/awm241
- Woolfolk, Anita E., Pettersson, Tove, Ragnheiður, Karlsdóttir, & Nygård, Mari. (2004). *Pedagogisk psykologi*. Trondheim: Tapir akademisk forl.
- Wormnæs, Odd. (2013). Om forståelse, tolkning og hermeneutikk. *Blandingskompendium, SPED4010 Vitenskapsteori og forskningsmetode*, 229-248.

Wright, Louise. (2012). Children who stammer. I M. Kersner & J. A. Wright (Red.), *Speech and language therapy: the decision-making process when working with children*.


London: Routledge.

Yairi, Ehud, & Ambrose, Nicoline Grinager. (2005). *Early childhood stuttering: for clinicians by clinicians*. Austin, Tex.: PRO-ED.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Prosjektgodkjenning

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 96 50
red@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr: 985 321 884

Anne-Lise Rygvold
Institutt for spesialpedagogikk Universitetet i Oslo
Postboks 1140 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 18.12.2013 Vår ref: 36493 / 2 / MB Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.12.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

36493	<i>Logopeders erfaringer med foreldresamarbeidet i Palin Parent-Child Interaction therapy for barn som stammer</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Anne-Lise Rygvold
Student	Tommy Olsen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.05.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marianne Bøe

Kontaktperson: Marianne Bøe tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Awdelingskontorer / District Offices
OSLO NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1095 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. red@nsd.no



Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke erfaringer svenske logopeder har med foreldresamarbeidet i behandlingsprogrammet "Palin Parent-Child Interaction therapy".

Det vil gjennomføres intervjuer med omtrent 7 deltakere. Utvalget rekrutteres fra en nettside med offentlig informasjon om sertifiserte logopeder, og deltakerne kontaktes av student pr. epost.

Det vil innhentes skriftlig samtykke fra deltakerne basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Det reviderte informasjonsskrivet mottatt 16.12.2013 er tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Det kan fremkomme tredjepersonsopplysninger i løpet av intervjuundersøkelsen, men slike opplysninger anonymiseres fortløpende (jf. epost 16.12.2013).

Forventet prosjektslutt er 30.05.2014. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger fremgår. Lydopptak og samtykkeerklæringer slettes. Indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 2 - Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

*Logopeders erfaringer med foreldresamarbeidet i «Palin Parent-Child Interaction therapy»
for barn som stammer*

Om studien

Jeg vil med dette spørre deg om du vil delta som informant i et forskningsprosjekt tilknyttet til min masteroppgave i logopedi ved Universitetet i Oslo. Jeg ønsker å intervju logopeder med PCI-sertifisering og som har erfaring med å gjennomføre ett eller deler av en PCI-behandling for barn med stamming i førskolealder. I min masteroppgave vil jeg forsøke å finne ut mer om logopeders erfaring med foreldresamarbeidet ved bruk av PCI. Da behandlingsprogrammet er lite brukt i Norge, ønsker jeg å intervju svenske logopeder. Intervjuet vil vare i omtrent 1 / én time og jeg vil selv oppsøke de som takker ja til å delta som informanter. Jeg ønsker å legge til rette for at datoer og tidspunkter skal passe, men ber om forståelse for at jeg må koordinere dette med når det passer for andre informanter. Det er ønskelig å ta opp intervju som lydopptak.

Hva skjer med informasjon knyttet til deg?

Deltakerne vil anonymiseres og skal ikke gjenkjennes i oppgaven. Alle personopplysninger behandles konfidensielt. Lydopptak fra intervjuet vil bli slettet ved prosjektets slutt. Prosjektet avsluttes 30.05.2014. Resultatene publiseres som en masteroppgave.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst trekke ditt samtykke og trenger ikke oppgi noen årsak til dette. Dersom du ønsker å delta, underskriver du samtykkeerklæringen på neste side.

Du er hjertelig velkommen til å kontakte meg for spørsmål eller kommentarer.

Med vennlig hilsen
Tommy Olsen

tommyol@student.uv.uio.no
Tlf. +47 90 02 73 37

Veileder
Anne-Lise Rygvold

a.l.rygvold@isp.uio.no
Tlf. +47 22 85 80 78

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet og er villig til å delta i studien.

Dato _____

Signatur _____

Vedlegg 3 – Intervjuguide

Intervjuguide

Bakgrunnsinformasjon

Jeg skal nå stille deg noen spørsmål om din karriere som logoped:

- Når fullførte du logoped-studiet? Har du arbeidet som logoped siden dette?
- Hvor lenge har du arbeidet med stamming? Hvilke aldersgrupper har du arbeidet med?
- Hvor lenge har du vært PCI-sertifisert? Hvor tok du sertifiseringen? Hvorfor valgte du å sertifisere deg i dette?
- Hvor lenge siden er det du gjennomførte siste PCI-program? (Hvorfor har du ikke gjennomført det siden x?)

Kan du fortelle litt om hvilken stammebehandling som tilbys på din logopedmottagning?

- Hva tilbys? Behandlingsprogrammer?
- Har du tidligere arbeidet i det private / offentlige?
- Når på dagen treffer du klienter for behandling?

Vurdering av egnet behandlingstilnærming

Hva vurderer du før du velger å starte PCI?

- Har kultur eller språk noen betydning?
- Har foreldrenes personlighet og væremåte noen betydning?
- Har familiens livssituasjon noen betydning?
- Annen problematikk hos barnet? Annen tale- eller språkproblematikk?
- (Er det i noen tilfeller du velger et annet behandlingsprogram / tilnærming?)

Hvordan presenterer du PCI for foreldrene?

- Presenterer du flere former for behandling og lar foreldrene være med på å bestemme hva man velger? Hvilke erfaringer har du med dette?
- Bruker du det multifaktoriske rammeverket? Hva er dine erfaringer med dette. Hva har du eventuelt erstattet det med?

Foreldresamarbeid

Hvordan opplever du samarbeidet med foreldrene gjennom dette behandlingsprogrammet?

- Hva opplever du som viktig for et godt samarbeid med foreldrene?
- Hvordan forsøker du å skape et godt samarbeid med foreldrene?

Hva er dine erfaringer med at foreldrene skal være så «ansvarlige» for gjennomføringen av behandlingen?

- Hvordan hjelper du foreldrene til å ta denne rollen?
- Har deres forståelse og kunnskap betydning for hvordan de tar denne rollen?
- Har det hendt at foreldrene som par opplever dette ulikt? (hvordan håndterer du dette?)
- Hva kan være årsakene til at noen har lett for å ta denne rollen?

Hvordan opplever du prosessen med å velge interaksjonsmål / «targets»?

- Hender det at foreldre har vanskeligheter med dette, og hvordan forholder du seg i så fall til dette?
- Hender det at foreldrene velger targets du ikke mener er de viktigste? Hvordan forholder du deg til det?

Introduserer du familiestrategier?

- Gjør du alltid dette? Når velger du eventuelt å la være?
- Er foreldrene med på å velge familiestrategier? Hvordan kommer dere eventuelt frem til disse?
- Mener du at dette er en viktig del av behandlingen? Hvorfor / hvorfor ikke?

Har du opplevd utfordringer i samarbeidet?

- Kan du nevne noen eksempler?
- Manglende innsending av lekser? Hjemmeperioden?
- Problemer med innføring av special times?
- Kultur? Språk?
- Utfordringer knyttet til deltakelse fra foreldrene? Foreldres arbeidstid, livssituasjon og liknende? En deltar mer enn den andre?
- Har du barnet i samme rom som du samtaler med foreldrene? Hvilke erfaringer har du med dette?

Har du gjennomført behandlingen med barn med skilte foreldre eller foreldre i konflikt?

- Hvilke erfaringer har du med dette?
- Har det vært nødvendig med eventuelle tilpasninger? Har det hendt at du har avbrutt PCI?

Har du opplevd manglende progresjon i et behandlingsforløp?

- Hva tror du dette kan henge sammen med?
- Hvordan forholder du deg til dette?

Har det hendt at du har avbrutt et PCI-forløp?

- Hva var bakgrunnen for dette?
- Hvordan håndterte du dette videre?

Generelle tanker rundt PCI

Har du noen tanker om behandlingsprogrammets styrker og svakheter?

- (Sammenliknet med andre tilnærminger du benytter?)
- (Hvordan er disse behandlingsprogrammene i forhold til hverandre med tanke på foreldresamarbeid?)

Har du gjort deg opp noen mening om behandlingsprogrammet sin effekt?

- På barnets stamming?
- Foreldrene og familien generelt?

Vedlegg 4 – Nodeliste

Nodeliste – noder benyttet i analyse og drøftning

Inkluderer ikke noden «faglig bakgrunn», selv om denne er brukt i presentasjon av funn.

En grund att stå på

- Förhållningssätt
- Kunnskap
- Å trygge foreldrene

PCI som verktøy i stammebehandling

- Bakgrunn for sertifisering
- PCI sin plass i stammebehandling
 - Komorbide vansker
 - Kultur og språk
 - Livssituasjon
- Vurderinger rundt implementering

Foreldre som medbehandlere

- Samarbeidet med foreldrene
 - Opplevelse av samarbeidet
 - Forventningsavklaring og fortrolighet med arbeidsmetode
 - Dialog, respekt og ydmykhet
 - Foreldrebekymring og motivasjon
 - Refleksjon og analyse
- Deltakelse
 - Kunnskap
 - Kulturelle forhold
 - Minoritetsspråklige
 - Livssituasjon
- Myndiggjøring